

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

ÉLABORATION ET MISE A L'ESSAI DU PROGRAMME
D'ORIENTATION SPÉCIFIQUE A LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS
POUR LES INFIRMIÈRES NOUVELLEMENT
EMBAUCHÉES AU CENTRE HOSPITALIER DE ROUYN-NORANDA

RAPPORT DE RECHERCHE

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION (M.Ed).

par

DIANE ETHIER

AOÛT 1995



Ce rapport de recherche a été réalisé à
l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
dans le cadre du programme de maîtrise en éducation
extensionné de l'UQAR à l'UQAT



Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

REMERCIEMENTS

Je voudrais remercier monsieur Pierre Lemay, mon directeur de recherche, pour son support au cours de cette longue période de travail. Merci également à la direction des ressources humaines et à la direction des soins infirmiers du centre hospitalier de Rouyn-Noranda qui ont soutenu et favorisé la mise à l'essai du programme d'orientation. Enfin, un merci spécial à ma soeurette Doris pour son aide linguistique et à madame Johanne Morency pour la dactylographie et la mise en page du présent travail.

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	ii
Table des matières	iii
Liste des figures.....	v
Liste des abréviations	vi
Liste des annexes.....	vii
Résumé	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I - PROBLÉMATIQUE.....	4
1.1 Problématique de l'intégration professionnelle des infirmières en centre hospitalier	5
1.2 Problématique de l'intégration professionnelle des infirmières au centre hospitalier de Rouyn-Noranda.....	14
1.3 Nécessité de la période d'orientation	31
1.4 Visées de la recherche.....	37
CHAPITRE II - CADRE DE RÉFÉRENCE.....	45
2.1 L'approche systémique	46
2.2 Approche par compétence	62
CHAPITRE III - MÉTHODOLOGIE.....	82
3.1 Recherche-action.....	83
3.2 Déroulement de la recherche-action.....	88

**CHAPITRE IV - PROGRAMME D'ORIENTATION SPÉCIFIQUE À LA
DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS POUR LES INFIRMIÈRES
NOUVELLEMENT EMBAUCHÉES AU CHRN..... 102**

4.1	Résultat attendu.....	104
4.2	Valeur sous-jacente à la formation du personnel infirmier.....	104
4.3	Principes directeurs de l'orientation.....	105
4.4	Programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers.....	106
4.5	Projet d'horaire des activités.....	116
4.6	Responsabilité des acteurs.....	116
4.7	Frais reliés à l'orientation.....	118
4.8	Modalités de l'orientation.....	118
4.9	Évaluation de l'orientation.....	120

**CHAPITRE V - RÉSULTATS ET ANALYSE DE LA MISE A L'ESSAI DU
PROGRAMME D'ORIENTATION 123**

5.1	Point de vue des infirmières nouvellement embauchées.....	125
5.2	Point de vue des chefs d'unité de soins.....	130
5.3	Analyse des résultats.....	137

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION..... 150

BIBLIOGRAPHIE 239

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
1.1	Tableau de Chin du modèle de Virginia Henderson	24
2.1	Le centre hospitalier de Rouyn-Noranda vu comme un système	50
2.2	La direction des soins infirmiers du centre hospitalier de Rouyn-Noranda vu comme un système.....	54
2.3	Dynamique des systèmes et l'étude de besoins.....	60
2.4	Convergence nécessaire à la motivation	70
2.5	Écart nuisible à la motivation	70
2.6	Performance au travail	76
2.7	Système de compétences	81
3.1	Recherche de solution en recherche-action	86
3.2	Correspondance entre la grille de Côté (1993) et le programme d'orientation des infirmières nouvellement embauchées au CHRN.....	87

LISTE DES ABRÉVIATIONS

A.C.H.A.P.	Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec
A.H.Q.	Association des hôpitaux du Québec
C.E.G.E.P.	Collège d'enseignement général et professionnel
C.F.C.	Centre de formation et de consultation
C.H.R.N.	Centre hospitalier de Rouyn-Noranda
D.B.M.	Déchets biomédicaux
F.I.I.Q.	Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec
O.I.I.Q.	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
P.D.R.H.	Plan de développement des ressources humaines
S.I.I.C.H.R.N.	Syndicat des infirmières et infirmiers du centre hospitalier de Rouyn-Noranda
S.I.M.D.U.T.	Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	:	Mission des unités de soins	166
Annexe 2	:	Normes de compétence des infirmières et infirmiers oeuvrant dans les établissements de santé	170
Annexe 3	:	Description de fonction de l'infirmière	173
Annexe 4	:	Plan d'entretien avec les chefs d'unités	198
Annexe 5	:	Lettre aux chefs d'unité de soins	200
Annexe 6	:	Carnet d'orientation de l'infirmière	212
Annexe 7	:	Projet d'horaire des activités de la période d'orientation de la nouvelle infirmière.....	226
Annexe 8	:	Formulaire d'évaluation de la période d'orientation par la nouvelle infirmière.....	233
Annexe 9	:	Fiche d'analyse des tâches	237

RÉSUMÉ

Le but visé par la présente recherche est de rendre disponible aux infirmières nouvellement embauchées par le centre hospitalier de Rouyn-Noranda (CHRN), un programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers. L'auteure s'est préoccupée d'impliquer, dès le début, les personnes concernées par le sujet. Sa fonction de conseillère en formation à la direction des soins infirmiers a permis des contacts professionnels, entre autre, auprès de dix (10) chefs d'unité de soins et de onze (11) infirmières nouvellement embauchées au CHRN.

La problématique spécifique à l'intégration professionnelle des infirmières révèle plusieurs facteurs dont, les conditions d'accès à l'emploi et les lourdes responsabilités de la profession d'infirmière. Ceci a un impact sur la qualité des soins aux usagers. Le processus de familiarisation est à recommencer régulièrement parce que les infirmières nouvellement embauchées sont orientées dans plusieurs centres d'activités. Il y a donc, dans une certaine mesure, du gaspillage de temps et de ressources à utiliser un processus d'orientation qui ne favorise pas l'émergence de confiance professionnelle parce que la mutation à diverses unités est trop rapide et ces ressources ne retournent pas nécessairement à court terme sur les unités où elles ont été orientées. Les connaissances et les habiletés sont oubliées. Ainsi, les résultats du processus actuel d'orientation sont très mitigés.

L'identification des besoins des unités a été effectuée par des entrevues semi-dirigées auprès des chefs d'unité de soins. De plus, leurs recommandations ont permis l'élaboration d'un carnet d'orientation qui se veut un outil de référence par rapport aux apprentissages à effectuer. Pendant et après l'essai, les commentaires des infirmières nouvellement embauchées, ayant vécu la période d'orientation, ont été recueillis verbalement sur le formulaire d'évaluation. Quant à ceux des chefs d'unité, ils ont été recueillis six mois après la période d'orientation, toujours par entrevues semi-dirigées. Ceux-ci ont permis de cerner les éléments qui sont à conserver et ceux à améliorer. Les améliorations souhaitées concernent des facteurs organisationnels tels les conditions d'accès à l'emploi, le rôle de l'infirmière, l'élaboration de programmes d'orientation spécifiques aux unités de soins, la formation des intervenants, la préparation des étudiants du Cegep et de l'université à adopter des attitudes et comportements favorables à l'intégration, l'utilisation d'outils support et de modalités concernant les cédules d'orientation ainsi que les conditions propices à l'orientation.

En terminant, il faut rappeler le rôle de premier plan qu'occupent les infirmières dans la production de soins de santé. La qualité du service aux usagers dépend dans une très large mesure de leur compétence et de leur adhésion à la mission, aux valeurs et aux objectifs du centre hospitalier et de la direction des soins infirmiers. Ainsi, l'orientation des infirmières nouvellement embauchées favorise l'enrichissement des compétences afin d'assurer des services de qualité aux usagers du CHRN.

Compte tenu que les infirmières s'avèrent majoritaires dans les centres hospitaliers au moment de la recherche, le genre féminin est utilisé sans discrimination dans le but d'alléger le texte.

INTRODUCTION

L'objet de la présente étude concerne un secteur de la formation existant en milieu organisationnel. Il s'agit de l'orientation d'employés nouvellement embauchés. Ceux-ci sont personnifiés par les infirmières. Quant au milieu cible, il s'agit du centre hospitalier de Rouyn-Noranda (CHRN).

Au début de la recherche, les infirmières du CHRN ne bénéficiaient d'aucun programme formel d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers. L'auteure étant conseillère en formation, l'orientation des infirmières nouvellement embauchées relève de sa responsabilité. Elle se préoccupe donc de l'absence d'un programme d'orientation pour guider les apprentissages des infirmières nouvellement embauchées au CHRN. Ainsi, l'intention de la présente recherche est d'élaborer un programme d'orientation structuré pour celles-ci et ce, en collaboration avec les acteurs concernés.

L'ordre des infirmiers et des infirmières (OIIQ)s'est également inquiété du peu d'attention porté à cette étape importante de la carrière de l'infirmière. C'est pourquoi il s'est permis de faire des recommandations par rapport aux structures d'accueil des centres hospitaliers et aux ententes locales pouvant exister entre le centre hospitalier et le syndicat par rapport à l'orientation des infirmières.

De plus, jusqu'en 1967, les infirmières bénéficiaient d'une formation intégrale pendant toute la durée de leurs études. Elles étaient en quelque sorte imprégnées de la culture, des valeurs et des méthodes de travail du milieu hospitalier. Leur intégration comme nouvelle employée en était facilitée. Le transfert de la formation des infirmières au système public a eu des conséquences. Les organisations doivent adapter leurs programmes au changement. Ainsi, le programme d'orientation doit convenir à la réalité contemporaine.

En outre, la recension des écrits montre que la catégorie de professionnelles précitée éprouve des difficultés particulières lors de son intégration en centre hospitalier. L'auteure se questionne donc sur les possibilités de faciliter cette période de transition pour les infirmières nouvellement embauchées au centre hospitalier de Rouyn-Noranda car un programme d'orientation efficace et efficient présente des avantages à la fois pour les employés et pour l'employeur.

En effet, les études ont montré que l'encadrement que reçoit une infirmière nouvellement embauchée, le support professionnel, la perception que l'on a d'elle et l'importance que l'on accorde à son rôle dans l'établissement sont des éléments qui influenceront sa réussite au travail.

Le gouvernement du Québec est conscient que l'apport des ressources humaines est un élément indispensable aux établissements de santé dans la mission qui leur est dévolue. Il l'a démontré lorsqu'en août 1991, il adoptait la loi sur les services de santé et les services sociaux en modifiant diverses dispositions législatives. En effet, parmi les orientations centrales de cette réforme, les autorités gouvernementales ont privilégié l'usager, la nécessité de services efficaces et le rôle prépondérant des ressources humaines. Ces concepts-clés guideront la présente recherche.

Quant au cadre de référence choisi, soit l'approche systémique, il permet de se préoccuper des facteurs de l'environnement pouvant influencer l'intégration des infirmières. De plus, précisons que la présente recherche comporte un volet de mise à l'essai. Elle consiste donc en une recherche-action. Celle-ci s'harmonise au concept de l'approche systémique puisqu'il y a interaction continue entre l'objet de recherche et les actions à poser.

L'auteure s'est préoccupée d'impliquer dès le début, les personnes concernées par le sujet. Sa fonction a permis des contacts professionnels, entre autre, auprès de dix (10) chefs d'unité de soins et de onze (11) infirmières nouvellement embauchées au CHRN. Ces démarches ajoutent des données locales aux éléments recueillis lors de la consultation livresque. Ceux-ci ne se veulent pas statiques dans le temps. Ainsi, le programme d'orientation se doit d'être flexible afin d'intégrer les changements qui sont susceptibles de survenir au niveau de l'organisation des soins, des ententes syndicales, des outils de référence, du contexte économique et des demandes des usagers.

Afin d'offrir une vision globale de la recherche, une courte description des cinq (5) chapitres est maintenant présentée:

Le chapitre un expose la problématique générale de l'intégration professionnelle des infirmières en centre hospitalier et plus spécifiquement au CHRN. De plus, les avantages de l'orientation pour l'employé et pour l'employeur sont révélés.

Le chapitre deux traite du cadre de référence choisi qui permet de garder une ouverture sur l'environnement. Il s'agit de l'approche systémique. Celle-ci a été choisie parce qu'elle permet de se préoccuper des facteurs de l'environnement influençant le fonctionnement du CHRN et de la direction des soins infirmiers. En effet, le défi primordial des soins infirmiers est d'adapter les soins et services aux réalités actuelles: usagers, technologies, ressources. Ceci s'avère encore plus vrai quand il est question d'intégrer des infirmières au fonctionnement d'un centre hospitalier et d'enrichir leurs compétences en rapport avec un rôle effectif à exercer au sein d'une organisation en pleine mutation.

Le chapitre trois reconnaît l'interaction existante entre l'objet de recherche qui est l'élaboration d'un programme d'orientation pour les infirmières nouvellement embauchées au CHRN et une action particulière qui est la mise à l'essai du programme énoncé. C'est pourquoi le type de recherche retenu est la recherche-action.

Le chapitre quatre présente le programme d'orientation comme tel, alors que le chapitre cinq présente les résultats de la mise à l'essai et l'analyse. Finalement, la section sur les recommandations et conclusions désigne des pistes d'amélioration découlant de l'analyse des résultats recueillis. Ce dernier chapitre présente de plus, une réflexion sur la démarche utilisée, sur les résultats obtenus ainsi qu'un questionnement prospectif prenant en considération la réalité actuelle du CHRN.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

1. **Problématique**

Au début de la recherche, le centre hospitalier de Rouyn-Noranda n'a pas de programme d'orientation servant de base à l'orientation des infirmières nouvellement embauchées. Cette situation entre en contradiction avec les données recueillies lors de la recension des écrits qui énoncent la nécessité de la période d'orientation pour les nouveaux employés et les organisations qui les embauchent. Un malaise paraît encore plus évident dans le cas de l'intégration des infirmières en centre hospitalier. Ainsi, le présent chapitre énonce les difficultés d'adaptation vécues par les infirmières nouvellement embauchées par un centre hospitalier. De plus, la problématique plus spécifique de l'intégration des infirmières au centre hospitalier de Rouyn-Noranda est définie. Ensuite, les avantages de l'orientation pour l'employé et pour l'employeur sont révélés. Finalement, le but, les objectifs et les limites de la présente recherche sont énoncés.

1.1 **Problématique de l'intégration professionnelle des infirmières en centre hospitalier**

Le contexte dans lequel ont été formées et ont oeuvré les infirmières du 19^e siècle apporte une perspective historique à l'intégration des infirmières en centre hospitalier. Celle-ci collaborera à éclairer la problématique actuelle. A cela s'ajoutent certains facteurs concernant soit des valeurs différentes transmises par le milieu de l'éducation et le milieu de travail, soit des éléments relevant des caractéristiques des centres hospitaliers ou du manque de pratique des nouvelles infirmières.

Contexte historique

Au niveau des repères historiques, rappelons-nous qu'au Québec, vers le milieu du 19^e siècle, ce sont les religieuses qui se consacrent aux oeuvres hospitalières qui ont alors, comme principale mission, d'être des oeuvres charitables. Avec la révolution industrielle de la fin du 19^e siècle, les religieuses débordent de leur rôle d'assistance aux malades pauvres et sans soutien parce que ceux-ci ne sont plus seuls à fréquenter l'hôpital. De plus en plus ils forment une catégorie minoritaire, supplantée par ceux qui ont de quoi payer leur séjour.

Les religieuses n'accomplissent donc plus uniquement un devoir de charité mais rendent un service professionnel. Ce service professionnel et charitable, elles s'en acquittent avec l'aide d'infirmières laïques catholiques dont elles contrôlent la formation et le travail.

Tel que rapporté par Petitat (1989) les années 1960 et 1970 dessinent une fracture qui va bien au-delà de la disparition de la symbolique religieuse. Le métier d'infirmière est profondément marqué par l'intervention de l'état qui a intégré la formation infirmière dans le système public en 1967. Cette action a eu des conséquences. En effet, l'abandon de l'école hôpital pour le vaste réseau public signifiait l'abandon du mode de formation intégrale. Au moment de son intégration sur le marché du travail, l'infirmière doit maintenant s'appropriier les éléments de son milieu de travail tels la culture, la raison d'être, la philosophie, les objectifs, le fonctionnement, éléments qui étaient, auparavant, acquis et intégrés au moment du cours d'infirmière.

De plus, la transformation actuelle du système de santé influence la pratique des infirmières. Selon l'association des directeurs et responsables des soins infirmiers du Québec (1993), six tendances majeures poseront des défis nouveaux ou renouvelés au domaine des soins infirmiers. Les tendances identifiées sont:

- l'évolution des usagers: des besoins plus diversifiés et plus complexes
- l'évolution du cadre institutionnel: modification du rôle du personnel d'encadrement (davantage animateur que contrôleur)
- l'évolution des droits des usagers: mieux protégés et mieux informés
- l'évolution des technologies médico-cliniques: rapide et spectaculaire
- l'évolution de la main d'oeuvre en soins infirmiers: nécessité que la profession infirmière offre des opportunités de carrière attrayantes et qu'elle soit perçue comme telle.
- l'évolution des réponses sociales aux problèmes de santé: prévenir plutôt que guérir, s'insérer dans une réalité plutôt que de la changer brutalement.

Ces tendances font que le domaine des soins infirmiers doit prendre en considération les besoins et les capacités de l'utilisateur lors de la planification des soins. Ceci entraîne l'infirmière et l'utilisateur dans une démarche de collaboration. La communication avec l'utilisateur et son éducation prennent de plus en plus d'importance.

L'élargissement de la notion de santé a le même effet. Le type de relation établit avec l'utilisateur change de nature, à compter du moment où l'on considère la santé globalement. De plus en plus, l'infirmière a besoin d'une vision globale (bio, psycho, sociale) pour pouvoir aider l'utilisateur de façon satisfaisante.

Les usagers changent eux aussi. Ils connaissent mieux leurs droits et privilèges qu'auparavant. Ils expriment davantage leurs préoccupations et exigent une qualité de présence plus grande.

Les infirmières doivent maintenant travailler avec des usagers responsabilisés à l'égard de leur santé, avec des usagers qui ont une vision plus globale de leur santé, avec des usagers qui ont des droits et des exigences, qui les connaissent et qui sont disposés à exercer leurs recours pour obtenir satisfaction. Cela conduit à la dispensation de soins infirmiers d'une qualité supérieure.

Cette évolution ouvre la voie à de nouvelles avenues d'amélioration de la qualité des soins et stimule la créativité et la remise en question des pratiques établies (association des directeurs de soins infirmiers, 1993). Par contre, elle pose un nouveau défi aux infirmières personnellement et à l'organisation des soins infirmiers, entre autre, l'adaptation des programmes de formation en conformité avec les orientations actuelles.

Valeurs de l'éducation vs milieu de travail

Dans une recherche portant sur la notion de rôle en soins infirmiers et le comportement moral des infirmières, Ketefian (1985) rapporte le décalage entre les valeurs du milieu de l'éducation et les valeurs du milieu de travail. L'auteure fait référence à Kramer (1970) qui souligne que pendant sa formation, l'infirmière est introduite à un rôle professionnel idéal et apprend à valoriser les soins individualisés basés sur une approche scientifique.

Cependant, une fois parvenue dans le milieu du travail, elle est confrontée à un travail routinier, parcellaire et doit se conformer à toute une hiérarchie d'autorité. Ces contraintes sont perçues comme l'antithèse du rôle idéal appris.

Kramer (1974) explique la difficulté d'intégration par le choc de la réalité que cause le conflit entre les valeurs de l'école et celles du marché du travail. Le choc de la réalité est un processus qui comprend plusieurs phases. En premier lieu, il y a la phase de la fascination du nouveau milieu, puis c'est celle du choc d'où découle le rejet soit du milieu, soit des valeurs apprises à l'école; c'est la phase cruciale. Les symptômes apparents sont l'hostilité, l'agressivité, la frustration et le sentiment d'isolement. La dernière phase, celle de l'assimilation, permet l'adaptation

Les valeurs inhérentes au milieu hospitalier sont celles auxquelles sont confrontées les étudiantes pendant les stages lors de leur formation, mais plus spécifiquement lorsqu'elles arrivent sur le marché du travail. Selon Riverin-Simard (1984), une des premières caractéristiques du vécu de l'étudiante au moment de son entrée dans le monde du travail est la perception d'un décalage entre l'identité professionnelle développée dans un milieu de formation et son moi actuel aux prises avec des situations concrètes et typiques du marché du travail.

Caractéristiques des centres hospitaliers

Certains auteurs (Boily-Morin et Gauthier, Malone) mentionnent l'existence, dans le milieu hospitalier, d'un problème en regard de l'intégration des infirmières au marché du travail.

Il semblerait entre autres, que la bureaucratie des centres hospitaliers soit un obstacle à l'intégration des infirmières qui ont reçu une formation axée sur des notions de responsabilité individuelle.

Le rôle de l'infirmière est vu par la nouvelle infirmière comme étant celui d'une professionnelle, tandis que les principes bureaucratiques du centre hospitalier définissent ce rôle de façon instrumentale. Les collèges d'enseignement général et professionnel (CEGEP) et les universités enseignent à l'étudiante le rôle idéal de l'infirmière, tandis que les centres hospitaliers attendent des nouvelles infirmières de l'efficacité basée sur des normes bureaucratiques.

La recherche effectuée par Boily-Morin et Gauthier (1986) insiste sur le fait que les finissantes du programme de techniques infirmières vivent une désillusion lors de leur intégration au milieu de travail. Les répondants imputent leurs difficultés aux caractéristiques des centres hospitaliers soit:

- Horaire variable, nombreuses unités ayant chacune leurs particularités, nécessité de s'adapter à plusieurs équipes de travail et types de professionnels.
- Tâches différentes selon les unités
- Disponibilité 24 hres/24 (travail sur appel).
- Accueil reçu de l'organisation et des unités.
- Tâches à accomplir comportant souvent des responsabilités professionnelles trop lourdes.

Cette recherche montre que les infirmières prennent généralement du temps à s'intégrer, en raison des contraintes énumérées précédemment. Il leur faut souvent plusieurs mois avant de se sentir à l'aise.

Malone (1964) a traité des comportements et attitudes des modèles de rôle en mentionnant que l'étudiante infirmière a été formée pour être responsable de ses actes et pour prodiguer des soins personnalisés tandis que les infirmières des centres hospitaliers semblent, avec le temps, perdre ces attitudes. Elle note qu'au bout d'un certain temps, la nouvelle graduée devient comme les autres infirmières; elle attribue ce changement à la structure du centre hospitalier qui ne stimule pas les nouvelles diplômées à appliquer les notions apprises au collège ou à l'université.

Manque de pratique

Une enquête sur l'exercice de la profession infirmière effectuée par Fortier-Havelka (1984) fait mention que, selon les témoignages des nouvelles graduées, la formation reçue actuellement par la majorité d'entre elles et le peu de pratique durant la période d'étude ne les préparent pas à assumer pleinement leur rôle, à moins de pouvoir compter sur une période de quelques semaines de pratique au sein d'une équipe structurée.

En effet, tel que mentionné par l'OIIQ (1984), lorsque après une période d'orientation de dix à douze jours, une infirmière ou un infirmier débutant se retrouve responsable d'une unité de soins le soir ou la nuit, qu'en est-il de la sécurité des usagers, de la qualité des soins infirmiers?

Quel type d'exercice infirmier cette relève de demain développera-t-elle? Comment apprendre à être un professionnel autonome en l'absence de modèle de rôle?

Recommandations de l'OIIQ

L'OIIQ (1984, p. 78) précise que la corporation aura beau utiliser les mécanismes prévus pour surveiller l'exercice de la profession et faire des recommandations, si les structures organisationnelles des soins infirmiers ne prévoient pas une période d'orientation suffisante de la nouvelle graduée et si le type de pratique qui leur est proposé en début de carrière ne correspond pas à leur formation et à leur capacité, la protection du public ne sera pas assurée. Conséquemment, les membres du bureau de l'OIIQ (1984) ont formulé des recommandations à apporter aux programmes d'orientation des infirmières. Celles-ci concernent les structures d'accueil en milieu de travail et les conventions collectives et se lisent ainsi:

Structure d'accueil

Que la structure d'accueil en milieu de travail soit révisée et modifiée afin de permettre:

- Que toute infirmière embauchée dans un établissement, qu'elle ait un poste régulier ou non, bénéficie d'un programme d'orientation.
- Que les besoins d'orientation des infirmières soient systématiquement évalués en début d'emploi.
- Que les objectifs généraux du programme d'orientation soient formulés.
- Que les objectifs individualisés soient énoncés pour chaque infirmière nouvellement embauchée, à partir de ses besoins.

- Que le contenu du programme d'orientation soit établi en fonction des objectifs généraux et des objectifs individualisés.
- Que le programme d'orientation contienne des expériences cliniques sous surveillance dans les unités de soins où l'infirmière sera appelée à travailler.
- Que pour ces expériences, un système de support, tutorat ou autre soit établi avec la participation des infirmières de l'unité de soins.
- Que des mécanismes d'évaluation de l'atteinte des objectifs soient institués, que ces mécanismes soient utilisés, en cours d'orientation et à la fin de la période d'orientation.

Conventions collectives

L'OIIQ (1984) a fait d'autres recommandations pour favoriser l'implantation des structures d'accueil. Elles concernent des modifications à apporter aux conventions collectives et aux ententes locales. L'OIIQ propose que:

- Le temps de probation pour les infirmières embauchées avec moins d'un an d'expérience soit porté à 80 jours ouvrables.
- L'expérience de l'infirmière et sa capacité d'assumer une responsabilité donnée prévalent sur les critères d'ancienneté dans l'assignation à un poste de travail. Autrement dit, ne pas assigner une infirmière à une responsabilité qu'elle ne peut assumer pour le moment.

1.2 **Problématique de l'intégration professionnelle des infirmières au centre hospitalier de Rouyn-Noranda**

Rappelons qu'au commencement de la recherche, les infirmières nouvellement embauchées au centre hospitalier de Rouyn-Noranda ne bénéficiaient pas d'un programme structuré d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers. Par programme, nous entendons un ensemble organisé de buts, d'objectifs spécifiques, de contenu présenté de façon séquentielle, de moyens didactiques, d'activités d'apprentissage et de procédés d'évaluation pour mesurer l'atteinte des objectifs (Nadeau, 1988, p. 210). La période d'orientation consistait en une rotation des unités de soins à raison de deux (2) jours par unité. Des lacunes transparaisaient. Des infirmières ayant vécu la période d'orientation et des employés des autres directorats du CHRN (excluant la direction des soins infirmiers) font état de la nécessité d'adapter le programme d'orientation à leurs besoins. De plus, la direction des soins infirmiers éprouve un malaise par rapport à certaines incongruences de la période d'orientation telle que vécue actuellement par les infirmières nouvellement embauchées. Ces notions seront davantage élaborées dans les lignes qui suivent. Pour ce faire, nous présenterons d'abord ce que nous entendons par infirmières nouvellement embauchées et poursuivrons ensuite avec les éléments laissant transparaitre la problématique de l'intégration professionnelle des infirmières au centre hospitalier de Rouyn-Noranda.

Nous entendons par infirmière nouvellement embauchée, toute infirmière avec expérience ou non, détentrice d'un diplôme collégial (technique en soins infirmiers) ou universitaire (baccalauréat en sciences infirmières), membre de l'Ordre des infirmiers et des infirmières ou en attente de permis d'exercice (candidate à l'exercice de la profession d'infirmière), qui vient d'être embauchée par le centre hospitalier de Rouyn-Noranda pour prodiguer des soins infirmiers aux usagers.

Perspective des infirmières

En novembre 1992, trois infirmières inscrites à un cours universitaire intitulé "L'infirmière face au changement" ont soumis un projet à l'auteure qui est conseillère en formation à la direction des soins infirmiers. Ce projet de changement (Fortin, Gagnon et Tremblay, 1992) concernait le programme d'orientation offert aux infirmières nouvellement embauchées du centre hospitalier de Rouyn-Noranda.

Ces infirmières avaient vécu la période d'orientation en mai-juin 1992 et suggéraient que soient ajoutées deux journées d'orientation générale afin d'augmenter la compétence, les connaissances et la confiance en soi des nouvelles infirmières. Et ce, dans le but que celles-ci vivent moins de stress, qu'elles soient plus à l'aise sur les unités de soins et mieux acceptées du personnel infirmier.

Les éléments qu'elles suggèrent d'ajouter pendant les deux jours sont:

- cours sur les arythmies cardiaques
- cours sur l'utilisation des moniteurs cardiaques, de la télémétrie, sur le positionnement des électrodes

- étapes de l'urgence cardiaque
- contenu de chariot d'urgence
- médication utilisée lors des codes
- démonstration des contentions, de la salle d'isolement de la psychiatrie et du fonctionnement du plan de soins de cette unité

On peut remarquer que les éléments à ajouter se situent au niveau de deux pôles principaux: les problèmes cardiaques et psychiatriques. Ceci peut s'expliquer par l'aspect imprévisible de ces deux types de clientèle et l'importance d'être capable d'intervenir rapidement si la situation se détériore. Mais cette inquiétude cache-t-elle un malaise plus grand? En effet, la finalité mentionnée consiste en une augmentation de connaissances bien sûr, mais aussi de compétence, de confiance en soi et d'intégration au milieu.

Conditions d'accès à l'emploi

Les infirmières nouvellement embauchées au CHRN débutent toutes (100%) sur la liste de disponibilité. En effet, les structures actuelles font qu'il faut passer par la liste de rappel nommée également liste de disponibilité pour obtenir un poste régulier. Ce séjour peut durer plusieurs années. Cette liste est composée d'employées ayant un statut de « temps partiel occasionnel » (T.P.O.) qui sont disponibles pour effectuer des remplacements. L'employeur effectue les rappels par ordre d'ancienneté, compte tenu d'une disponibilité exprimée par écrit et des exigences de la tâche. Les remplacements prolongés sont donnés en priorité aux plus anciennes (en nombre de jours travaillés). Les personnes qui sont sur la liste de disponibilité n'ont donc aucune garantie d'heures de travail puisque les appels se font par ordre d'ancienneté.

Les infirmières nouvellement embauchées, particulièrement celles en début de carrière, ont besoin de travailler pour des raisons financières. Elles offrent majoritairement leur disponibilité sur toutes les unités de soins 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Elles doivent donc connaître les éléments essentiels pour être en mesure d'offrir des soins de qualité aux usagers en fonction de leurs compétences et ce, sur toutes les unités où elles risquent d'être assignées.

Cependant, les infirmières ayant vécu la période d'orientation trouvent étourdissant d'être ainsi orientées sur dix unités de soins de façon consécutive. Elles mentionnent qu'elles ne peuvent pas retenir toutes les informations transmises durant cette période. De plus, le fait de ne pas travailler avec les mêmes équipes de travail a comme conséquence de rendre plus longue leur intégration au milieu. Ainsi, une partie importante du malaise actuel est d'ordre qualitatif. Le CHRN doit préparer les infirmières nouvellement embauchées à répondre aux besoins de la liste de disponibilité. Celles-ci commencent souvent de soir ou de nuit.

Le processus de familiarisation est à recommencer parce qu'elles travaillent dans plusieurs centres d'activités. Il y a donc, dans une certaine mesure, du gaspillage de temps et de ressources, à entraîner des temps partiels occasionnels (T.P.O.) qui manquent de confiance professionnelle et qui sont rapidement mutées. Pendant ce temps, le centre hospitalier n'a pas les infirmières formées dont il a besoin, ce qui peut donner l'impression d'une rareté de ressources au-delà de ce qu'elle est au point de vue quantitatif.

Perspective de la direction des soins infirmiers

Pour ce qui est du malaise vécu par la direction des soins infirmiers, il est de trois ordres. Tout d'abord, celui-ci concerne l'évaluation des infirmières nouvellement embauchées en période d'orientation. Ensuite l'absence d'outils de support facilitant l'identification des besoins individuels, la continuité des apprentissages et l'évaluation de la période d'orientation cause un problème. Finalement, les informations à transmettre doivent être réévaluées.

La courte durée de la période de probation antérieure (30 jours travaillés) a eu comme conséquence de créer une tradition à l'effet que les infirmières nouvellement embauchées étaient soumises à une évaluation de rendement pendant et à la fin de leur période d'orientation. Cette période est maintenant de quarante-cinq (45) jours suite à une entente locale entre le syndicat des infirmières et infirmiers du CHRN (SIICHRN) et l'employeur.

Cependant, un malaise existe pour la direction des soins infirmiers. Compte tenu que l'infirmière en orientation est en surplus sur l'unité, donc pas vraiment partie prenante de l'équipe de travail, et compte tenu que celle-ci est en période d'apprentissage et de familiarisation avec le milieu, le processus utilisé ne favorise pas un jugement juste et exact de l'employé.

En effet, comment accorder une grande importance à une évaluation de rendement effectuée pendant la période d'orientation alors que l'infirmière n'est présente qu'une courte période sur l'unité (2 jours/unité) et qu'elle effectue la rotation de plusieurs unités (10)?

Il faut considérer que le processus d'orientation, tel que vécu, peut provoquer de la confusion chez la nouvelle employée. Il faut lui laisser suffisamment de temps pour intégrer les différences, pour lui permettre de discerner ce qui appartient à une unité de soins de ce qui appartient à une autre. Conséquemment, il ne s'avère pas juste et exact d'évaluer ainsi une personne qui n'a pas apprivoisé le milieu (lieux physiques, appareillage, routine).

D'autre part, l'absence d'outils d'identification des besoins individualisés et le fait que les objectifs de la période d'orientation des infirmières n'étaient pas spécifiés rendaient difficiles l'identification des besoins individuels, le suivi des apprentissages, du vécu ainsi que l'évaluation de la période d'orientation. Le diagnostic du départ n'étant pas spécifié, il était difficile d'identifier le cheminement parcouru.

De plus, la direction des soins infirmiers est consciente que les infirmières nouvellement embauchées ont généralement besoin d'informations spécifiques sur le poste qu'elles occupent et sur l'organisation qui les emploie, sur sa structure, ses fonctions, ses politiques, ses membres et ses particularités, afin d'offrir une bonne performance et des soins de qualité aux usagers. En effet, des infirmières bien orientées savent clairement ce qu'on attend d'elles et comprennent rapidement ce qui influence leur performance au travail. Il leur faut donc moins de temps pour se situer dans l'organisation.

D'ailleurs, l'actuelle tendance à la responsabilisation des usagers pousse plus avant une démarche connue par les infirmières du CHRN. En effet, le modèle conceptuel orientant le service rendu à la population en tant que professionnelle autonome est celui de Virginia Henderson.

Celui-ci entérine une démarche systématique centrée sur l'indépendance de l'individu que nous retrouvons d'ailleurs en perspective de la description de fonction de l'infirmière du CHRN (annexe 3).

Les composantes essentielles du modèle de Virginia Henderson sont:

- Les postulats
- Les valeurs
- Les éléments

Bizier (1982, p. 13 à 17) a revu chacune d'elles à la lumière du modèle d'Henderson et les détaille ainsi:

Les postulats:

On entend par postulat, la base théorique sur laquelle repose la conception du modèle.

Les postulats sous-jacents au modèle d'Henderson sont les suivants:

- tout être humain tend vers l'indépendance et la désire
- l'individu forme un tout présentant des besoins fondamentaux
- quand un besoin demeure insatisfait, c'est que l'individu n'est pas entier, complet et indépendant.

Les valeurs:

On entend par valeur, les croyances d'Henderson en rapport à la profession infirmière. Elles sont:

- l'infirmière a des fonctions propres (même si elle en partage certaines avec d'autres)
- lorsque l'infirmière remplit des tâches propres au rôle du médecin, elle délègue ses fonctions propres et primordiales à un personnel non qualifié
- la société désire un service (la fonction propre de l'infirmière) et compte sur ce service, qu'aucun autre travailleur ne peut donner à sa place n'étant pas aussi bien préparé que celle-ci.

Les éléments:

Les éléments font références au contenu du modèle et précisent les structures de celui-ci. Ils sont au nombre de six (6).

- Le but de la profession d'infirmière: Maintenir et rétablir l'indépendance de l'individu de façon qu'il satisfasse lui-même ses besoins fondamentaux.
- La cible (comment l'infirmière considère l'individu). L'individu est vu comme une entité ayant 14 besoins fondamentaux:

1. Respirer
2. Boire et manger
3. Éliminer

4. Se mouvoir et se maintenir dans une position convenable
5. Dormir et se reposer
6. S'habiller et se déshabiller
7. Maintenir la température du corps dans les limites normales
8. Être propre et protéger ses téguments
9. Éviter les dangers
10. Communiquer avec ses semblables
11. Pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances
12. S'occuper de façon à se sentir utile
13. Se récréer
14. Apprendre

Les individus diffèrent entre eux dans leur façon de satisfaire leurs besoins.

- Le rôle de l'infirmière c'est-à-dire le rôle qu'elle joue auprès des gens: le but de la profession étant de maintenir et rétablir l'indépendance, l'infirmière doit favoriser la prise en charge et agir en suppléance momentanée, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'individu puisse satisfaire lui-même ses 14 besoins fondamentaux.
- Les sources de difficultés à l'origine des problèmes de dépendance dans la satisfaction des 14 besoins qui sont, selon Henderson: Manque de force physique (il ne peut pas), manque de connaissance (il ne sait pas) et manque de volonté (il ne veut pas). Ces problèmes de dépendance se nomment aussi déficits.
- L'intervention, c'est-à-dire ce sur quoi l'infirmière agit et les moyens à sa disposition. Le centre de l'intervention de l'infirmière est le déficit de l'usager soit le manque de force physique, de connaissance ou de volonté.

- Les modes d'interventions ou les moyens que possède l'infirmière sont: remplacer, compléter, substituer, ajouter, renforcer et augmenter. Par ces modes, l'infirmière aide l'individu à redevenir entier, complet et indépendant.
- Les conséquences recherchées par l'intervention de l'infirmière sont l'augmentation de l'indépendance dans la satisfaction des quatorze besoins ou une mort paisible.

En résumé, peu importe l'individu et la situation, l'infirmière a pour objet de rendre l'individu le plus indépendant possible dans la satisfaction de ses quatorze besoins. A la page suivante, vous trouverez un tableau qui résume les principaux éléments du modèle Henderson. On l'appelle tableau de Chin; Chin étant un auteur qui a étudié plusieurs professions à l'aide de ces éléments.

BUT DE LA PROFESSION	CIBLE	ROLE DE L'INFIRMIERE	SOURCE DE DIFFICULTE	INTERVENTION	CONSEQUENCES RECHERCHEES
Maintenir et rétablir l'indépendance*	Un être entier bio-psycho-socio culturel ayant 14 besoins* fondamentaux*	Suppléance:* Suppléer chez le bénéficiaire à ce qui lui manque pour être entier, complet et indépendant*	Déficits:* soit manque de: - force physique - connaissance - volonté	Centre:* les Déficits* Modes de suppléance:* - Substituer - Remplacer - Compléter - Ajouter - Renforcer - Augmenter	Augmentation de l'Indépendance* dans la satisfaction des 14* besoins* fondamentaux* ou une mort* paisible*
<p>POSTULATS:* Tout homme veut et désire l'indépendance. L'individu forme un tout présentant 14 besoins fondamentaux. Quand un besoin n'est pas satisfait, c'est que l'individu vit de la dépendance.</p> <p>VALEURS:* L'infirmière a des fonctions propres à elle. L'infirmière qui tente d'assumer le rôle du médecin délègue ses tâches à d'autres moins bien préparés pour le faire. La société désire un service, propre à l'infirmière, et compte sur ce service.</p>					

Figure 1.1 Tableau de Chin du modèle de Virginia Henderson ⁽¹⁾

(1) Bizier Nicole, *La démarche de soins infirmiers selon le modèle de Virginia Henderson*,
Département des techniques infirmières, Collège de Sherbrooke, avril 1982, p. 18

Perspective de d'autres directions du CHRN

Enfin, certaines directions, autres que celle des soins infirmiers, demandent que soient transmises des informations qui aideraient au fonctionnement optimal des services telles des informations concernant la législation en santé et sécurité au travail, l'utilisation de la fiche de présence et le fonctionnement des services de la direction des services professionnels et hospitaliers.

Premièrement, l'agent de prévention du centre hospitalier de Rouyn-Noranda mentionne dans son rapport annuel que le taux d'accident de travail était de beaucoup plus élevé chez les infirmières de la liste de disponibilité (où se retrouvent les infirmières nouvellement embauchées) que chez les infirmières détentrices de poste sur les unités. Ainsi, il suggère de transmettre à toute infirmière joignant la liste de disponibilité, les éléments de prévention nécessaires et adaptés à l'utilisation du matériel du centre hospitalier de Rouyn-Noranda tels:

Législation sur les déchets biomédicaux

En 1992, le gouvernement du Québec adoptait le règlement sur les déchets biomédicaux. Celui-ci définit les catégories de déchets biomédicaux, impose des responsabilités précises aux intervenants à l'intérieur de la chaîne de gestion de ces déchets et rend obligatoires les pratiques recommandées dans la politique gouvernementale.

Les déchets biomédicaux présentent des risques pour la santé des travailleurs des établissements de santé et pour ceux qui les manipulent lors des différentes étapes de collecte, d'entreposage, de transport et de traitement. S'ils sont mal gérés, la population risque aussi d'être mise en contact avec ces déchets.

Sont considérés comme des déchets biomédicaux au sens du règlement (sont énumérés ici seulement ceux qui pourraient être manipulés par les infirmières):

- tout déchet anatomique humain constitué d'une partie du corps ou d'un de ses organes, à l'exception des phanères, du sang et des liquides biologiques
- tout déchet non anatomique constitué d'un des éléments suivants:
 - . un objet piquant, tranchant ou cassable mis en contact avec du sang, un liquide ou un tissu biologique, provenant de soins médicaux [...]
 - . un contenant de sang ou du matériel imbibé de sang, provenant de soins médicaux [...]

(Gouvernement du Québec, ministère de l'environnement)

*Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail
(SIMDUT)*

Le système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) est un programme pan canadien conçu dans le but de fournir aux employeurs et aux travailleurs une information sur les matières dangereuses utilisées dans leurs établissements.

Le SIMDUT répond à un besoin vital d'information sur les risques à la santé et à la sécurité des travailleurs associés aux matières qu'ils manipulent dans leur lieu de travail.

Principes de déplacement sécuritaire des usagers ou des objets lourds

Les blessures au dos étant un fléau en centre hospitalier, l'utilisation des principes de déplacement sécuritaire lors de mobilisation d'usagers ou d'appareils lourds vise à éviter les conséquences néfastes chez une victime d'accident de travail telles: perte de salaire, perte de temps de travail, limitation fonctionnelle permanente avec les conséquences que constituent la perte d'un poste, voire une réorientation de carrière.

Deuxièmement, la direction des finances demande de transmettre aux infirmières les consignes nécessaires à l'identification des heures de formation ou des heures régulières de travail, ainsi que la façon d'indiquer les heures supplémentaires travaillées, les congés fériés et les transferts inter-hospitaliers effectués.

En dernier lieu, les services de la direction des services professionnels et hospitaliers désirent que la nouvelle infirmière connaisse le fonctionnement et les modalités d'utilisation des services d'imagerie médicale, d'inhalothérapie et de laboratoire. De plus, ils rapportent une nécessité de renforcer l'importance du respect de la confidentialité des données recueillies au travail.

Importance mitigée accordée à la formation au CHRN

L'absence du programme d'orientation pour les infirmières du CHRN peut s'expliquer par l'importance mitigée accordée à la formation jusqu'à tout récemment dans les organisations de type bureaucratique. D'ailleurs, les considérations qui suivent ont pour but de faire connaître la valeur accordée à la formation dans une organisation de type bureaucratique car nous considérons que le CHRN est à prédominance de ce type. Selon Tremblay (1993), dans une philosophie bureaucratique, l'organisation est orientée vers le modèle de minimisation des coûts de main-d'oeuvre à court terme, plutôt que vers celui de l'innovation, de la qualité et de l'investissement dans les ressources humaines. Ceci a un impact sur les pratiques de formation, d'apprentissage et d'adaptation de l'organisation au changement.

Ainsi, les pratiques de formation dominantes dans une organisation bureaucratique sont des pratiques informelles de formation sur le tas, de la formation de courte durée, directement reliée à la tâche immédiate, des formations d'adaptation au changement, mais très rarement des formations en anticipation des changements. Mme Tremblay (1993) souligne également que la philosophie de gestion bureaucratique favorise généralement une organisation du travail tayloriste, c'est-à-dire oriente vers la standardisation, la parcellisation et la spécialisation des tâches. Le fait de viser la production optimale jumelée à une volonté d'économiser sur les ressources ne permet pas l'apprentissage en cours d'emploi.

Puisque ce type d'approche est généralement caractérisé par une forte centralisation des décisions, les employés ne bénéficient que de peu d'autonomie dans le travail. Conséquemment, cette approche ne favorise pas que les organisations deviennent innovatrices, créatrices, concurrentielles et adaptées aux nombreux changements par un programme de formation intégré au développement organisationnel.

L'évolution des liens existants entre l'utilisateur et les professionnels de la santé, ainsi qu'entre l'utilisateur et le réseau des services de santé a collaboré à mettre une emphase plus importante sur la contribution de la formation aux soins de qualité des usagers. La loi sur les services de santé et services sociaux adoptée en août 1991 est venue confirmer cette évolution et l'officialiser par des mécanismes précis.

Celle-ci fait connaître aux établissements leur obligation d'assurer la sécurité des usagers, des employés et des biens du centre hospitalier. Les nouveaux employés détiennent une formation de base, mais le centre hospitalier doit s'assurer de la concordance des informations détenues par les nouveaux employés avec les orientations, politiques et procédures de l'établissement.

Cette loi adoptée par le gouvernement du Québec en août 1991 a modifié diverses dispositions législatives. Ainsi, l'Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec (ACHAP, 1993) souligne que dans les orientations centrales de cette réforme, les autorités gouvernementales privilégient entre autres le rôle prépondérant des ressources humaines pour s'acquitter de la mission dévolue à chaque établissement de santé.

Dans le champ de la gestion des ressources humaines, le législateur a décidé d'articuler la mise en oeuvre des concepts autour de différentes obligations pour les établissements, telle que l'obligation de se doter d'un plan de développement des ressources humaines communément nommé P.D.R.H. qui consiste en un plan d'action pour augmenter le niveau de performance des ressources humaines par diverses actions de développement dont font partie les activités de formation. Les décideurs doivent se préoccuper de la contribution du P.D.R.H. au développement individuel et organisationnel.

Dans ces conditions, la valeur sous-jacente au développement des ressources humaines prônée par l'association des hôpitaux du Québec (AHQ,1992), se base sur la conception fondamentale de l'individu au travail qui est d'abord une personne avant d'être une ressource humaine pour le centre hospitalier. Ainsi, toute action de développement des ressources humaines doit s'adresser autant à l'affect de l'individu qu'à son intellect. L'organisation vise à développer autant l'engagement que la compétence et fournir le soutien organisationnel requis pour répondre aux besoins de réussite des individus tout en respectant la culture organisationnelle et le rythme d'intégration du milieu. L'engagement réfère au contrat tacite de l'individu à fournir le meilleur de lui-même pour offrir un service de qualité à la clientèle.

Bref, le développement des ressources humaines constitue un moyen visant à contribuer à la performance et au succès de l'organisation dans la poursuite de sa mission.

1.3 **Nécessité de la période d'orientation**

Nous nous sommes questionnés sur la nécessité de la période d'orientation pour les nouveaux employés. La recension des écrits montre que l'orientation des nouveaux employés favorise entre autres, la réponse aux questionnements sur l'environnement organisationnel. Les retombées d'un programme d'orientation à l'intention des nouveaux employés présentent des avantages à la fois pour l'employé et pour l'employeur. Par ordre décroissant d'importance, ces avantages sont:

Pour l'employé:

- augmente ses chances de réussite au travail
- facilite l'insertion professionnelle et au nouveau milieu
- assure une réponse aux besoins du nouvel employé
- favorise le processus de socialisation

Pour l'employeur:

- favorise le transfert des acquis
- maintient et augmente l'efficacité de l'organisation
- diminue les risques d'accidents et d'erreurs

Le sens accordé à chacun des concepts-clés énumérés précédemment sera maintenant précisé.

Pour l'employé

Rehayem (1992, p. 82) témoigne de la contribution de l'orientation à diminuer l'écart entre les exigences de l'emploi et les compétences de l'employé en influant sur ses connaissances (savoir), habiletés (savoir-faire) et attitudes (savoir-être) tout en facilitant l'intégration au milieu de travail. Ainsi, en permettant à l'employé de mieux comprendre ses tâches et de s'intégrer plus facilement à son environnement, l'orientation augmente par le fait même ses chances de réussite au travail et permet à l'employé de s'y sentir plus à l'aise.

Un programme d'orientation adapté favorise l'insertion du nouvel employé dans son milieu de travail et permet au nouveau diplômé de prendre sa propre mesure vis-à-vis sa profession en s'habituant à fonctionner sans la présence de l'enseignant(e).

Cependant, tel que mentionné par Cloutier et Trottier (1993), l'insertion des nouveaux diplômés ne dépend pas uniquement du contenu de leur formation et de la préparation immédiate à une fonction de travail, mais aussi d'un ensemble d'éléments reliés au fonctionnement du marché du travail tel l'accueil, l'organisation du travail, les conditions d'accès à l'emploi.

Selon Boily-Morin et Gauthier (1986), le phénomène de l'insertion présente plusieurs facettes susceptibles d'interpeller l'analyse; chacune d'elles met l'accent tantôt sur le pôle macro-social (ex: analyse des supports institutionnels), tantôt sur la pointe micro-sociale en s'intéressant aux comportements des acteurs.

L'étude de différents cadres théoriques a éclairé la réflexion des auteurs pour mettre en évidence deux stratégies d'insertion: l'une optant pour le pôle adaptatif qui pose que l'individu est doué d'une propriété d'auto-organisation et capable de rédiger ses propres programmes d'action; l'autre, au contraire (théorie de Lewin) met l'accent sur la nécessité d'une action organisée pour assurer le passage inter-institutionnel (école/travail).

Ils avancent que la réussite de l'intégration professionnelle repose sur un ensemble de facteurs. La communication leur apparaît la première qualité à promouvoir. Si celle-ci assure le meilleur succès, elle n'est toutefois pas la seule à jouer un rôle.

Une intégration réussie relève d'un ensemble d'éléments et de circonstances liés tant à l'individu (confiance, affirmation de soi), qu'à l'environnement dans lequel il oeuvre. A l'opposé, la timidité, l'obligation d'assumer de trop lourdes responsabilités, un milieu d'accueil figé, fermé, sont considérés comme des facteurs nuisibles.

Toujours selon Boily-Morin et Gauthier (1986), les répondants cernent l'essentiel de l'intégration dans le fait d'accepter d'apprendre les comportements requis, de connaître les exigences des supérieurs et le contenu des tâches. A cela s'ajoute la connaissance des règles et des politiques administratives. Dans environ un tiers des cas, les conflits interpersonnels avec les supérieurs ou avec les collègues dérivent d'une lacune soit dans la délimitation des zones de responsabilités, ou de l'ambiguïté des conditions de travail, et enfin d'un écart entre les attentes personnelles et les contraintes du groupe d'appartenance.

D'autres facteurs qui facilitent l'intégration sont: une attitude d'ouverture sur autrui car elle favorise l'apprentissage et la connaissance empathique des milieux de travail, savoir écouter, se mettre au rythme du nouveau milieu et être attentif à en lire les règles et les codes de fonctionnement. Il serait favorable de renseigner les nouveaux employés sur les attitudes et comportements favorisant leur intégration et d'interroger l'organisation sur les moyens mis en place pour faciliter l'insertion professionnelle.

D'autre part, Bélanger et al (1983) affirment que lorsqu'il y a absence d'un programme formel d'orientation des nouveaux employés, on peut supposer que certains employés ou le supérieur immédiat prendront spontanément la responsabilité d'accueillir et d'initier informellement la nouvelle recrue. Les résultats alors obtenus seront incontrôlables et imprévisibles en ce sens qu'ils ne répondront pas nécessairement aux besoins du nouvel employé et aux objectifs prédéterminés par l'organisation.

Conséquemment, le programme d'orientation, tout en respectant les normes établies doit être individualisé. La nécessité de réduire l'anxiété et de développer le sentiment d'appartenance au milieu militent en faveur d'un programme individualisé. Les responsables démontrent ainsi qu'ils s'intéressent à l'employé. Ainsi, comme le mentionne Rehayem (1992), celui-ci ne se sentira pas abandonné, il pourra s'acquitter de ses tâches plus rapidement et donner le rendement escompté sans perte de temps ni d'énergie.

Enfin, la socialisation selon Schein (1968) est le processus par lequel le nouvel arrivant apprend le système de valeurs, les normes et les comportements de la société ou du groupe qu'il vient de rejoindre. La période d'orientation favorise donc le processus de socialisation. Celui-ci est essentiel à l'intégration de nouveaux employés dans l'organisation car tel que rapporté par Werther et al (1985), au fur et à mesure que ceux-ci sont acceptés par leur milieu de travail, ils deviennent une composante du tissu social qui compose l'organisation.

Par le processus de socialisation, le nouvel employé engage sa conduite en concordance avec les normes et les valeurs particulières de l'organisation où il travaille. Ainsi, en s'intégrant à une société donnée, il y trouve son appartenance et ceci lui confère un certain droit d'acquérir de l'influence ou du pouvoir dans ses interactions avec les autres membres de l'équipe.

De Ketele (1981) considère que la représentation sociale est le facteur qui explique le mieux le sens de notre comportement: "*Nous sommes de plus en plus convaincus que dans la plupart des cas, nos comportements sont moins dictés par nos capacités ou par les déterminants environnementaux [...] que par nos représentations*"⁽¹⁾ dit-il. Comme la représentation sociale est un gouvernail important des comportements, il importe, lors de toute démarche relationnelle de savoir qu'elle influence les employés par la représentation qu'ils se font de leur rôle.

(1) De Ketele J.M., *Représentation qu'ont de l'école les parents, élèves et professeurs de l'enseignement secondaire*, Sciences de l'éducation, 1981, p. 67

Pour l'employeur

Tel qu'avancé par Larouche (1984), ce qui intéresse les dirigeants et les employés en milieu de travail de façon générale, c'est que les employés puissent exécuter une tâche. Les intérêts se situent au niveau du transfert des acquis dans le milieu de travail. Larouche (1984) ajoute que si un individu en situation d'apprentissage comprend bien l'ensemble des éléments d'une tâche, il sera en mesure de les appliquer efficacement quand il sera placé en situation réelle de travail.

Selon Weiss (1980) le type de programme de formation suivant lequel le superviseur prend un employé sous sa responsabilité dès le premier jour de son arrivée en lui montrant comment bien accomplir ses tâches au moment opportun a un effet positif sur le rendement et la productivité de ce dernier et par ricochet, sur l'efficacité de l'ensemble du service auquel appartient l'employé.

La définition que donne Campbell et al (1977) de l'efficacité organisationnelle est qu'une organisation efficace est celle qui répond aux standards, aux attentes, aux critères de ceux qui constituent l'organisation. Évaluer l'efficacité d'une organisation selon Payette (1988) se fait, non pas à partir d'un modèle abstrait, mais à partir des critères de ceux qui ont des intérêts dans cette organisation; comme ces intérêts sont divergents, contradictoires, concurrentiels, une organisation ne pourra jamais être efficace en soi, mais toujours plus ou moins efficace selon le point de vue des intéressés.

Un dernier élément à mentionner dans le cadre des avantages que procure les programmes d'orientation au nouvel employeur est celui de la gestion des risques.

Aux fins de la gestion des risques, on pourrait retenir la définition apportée par le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé (1991) au terme **risque**. Celui-ci le définit comme une "*exposition à des circonstances qui pourraient mettre en danger la réputation, les revenus, les biens, les usagers ou les employés d'un établissement civil, ou encore, engager sa responsabilité civile.*"⁽¹⁾

Par conséquent, transmettre lors du programme d'orientation, les informations que l'employé doit savoir, permet de composer avec l'ensemble des risques. Ceci collabore au bon fonctionnement de l'établissement de santé et au bien-être des personnes qu'il a à sa charge.

1.4 **Visées de la recherche**

La présente section met en évidence l'intention, les objectifs généraux, la question et les limites de la présente recherche.

⁽¹⁾ Conseil Canadien d'agrément des établissements de santé, *La gestion des risques et les établissements de santé au Canada*, 1991, p. 1

1.41 L'intention

Tel que mentionné dans l'introduction, l'intention de la présente recherche est d'élaborer et de mettre à l'essai un programme de formation pour l'infirmière nouvellement embauchée au centre hospitalier de Rouyn-Noranda et ce, en collaboration avec les acteurs concernés. Ce programme de formation consistera en un programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers.

Tel que mentionné par Nadeau (1988) certaines décisions seront à prendre lors de la planification du programme:

- Orientations majeures du programme, c'est-à-dire celles concernant le choix des buts et objectifs. Celles-ci seront élaborées par la conseillère en formation de la direction des soins infirmiers en collaboration avec les chefs d'unité de soins et la directrice des soins infirmières. Celle-ci donnera l'approbation finale aux orientations majeures.
- Choix du contenu, des personnes-ressources, des activités d'apprentissage, des moyens pédagogiques, du matériel. Dans le cas du programme d'orientation, le choix sera fait de la même façon que les orientations majeures du programme. Quant au choix des activités, moyens et matériel pédagogique, il sera laissé aux formateurs. En effet, nous pensons qu'il est indispensable de laisser se manifester la créativité de ces personnes, de préserver leur zone d'autonomie afin qu'ils puissent donner le meilleur d'eux-mêmes.
- Organisation du contenu. Celui-ci sera effectué par la conseillère en formation et ajusté selon les recommandations des infirmières nouvellement embauchées et des chefs d'unité de soins.

1.42 Les objectifs généraux

La présente recherche vise les objectifs généraux suivants:

- Mettre en place une structure d'accueil et d'orientation à l'intention des infirmières nouvellement embauchées au centre hospitalier de Rouyn-Noranda.
- Fournir un cadre de référence aux gestionnaires des soins infirmiers dans l'élaboration du programme d'orientation spécifique à leur unité de soins.
- Procéder à la mise à l'essai du programme en collaboration avec les intervenants concernés et les infirmières nouvellement embauchées.

1.43 La question de recherche

L'interrogation soulevée par les états de faits rapportés dans la problématique se situe au niveau du savoir, savoir-faire et savoir-être. Il s'agit de dégager les connaissances à privilégier et la façon de réussir à développer la socialisation et le sentiment d'appartenance chez les infirmières nouvellement embauchées au centre hospitalier de Rouyn-Noranda.

Conséquemment, qu'est-il essentiel de faire acquérir aux infirmières nouvellement embauchées au CHRN au niveau du savoir, savoir-faire et savoir-être afin qu'elles possèdent la compétence nécessaire pour exercer la fonction d'infirmière au CHRN? Et comment, compte tenu des contraintes organisationnelles?

Il y a certains concepts que nous devons expliquer pour en assurer une compréhension uniforme. Il s'agit de:

Savoir	:	Connaissances nécessaires pour exécuter les tâches
Savoir-faire	:	Capacité de faire ou d'exécuter les tâches
Savoir-être	:	Attitudes que doit avoir l'infirmière dans l'exécution des tâches
Compétence	:	Ce terme sera défini au chapitre suivant dans la section "approche par compétence"

Fonction de l'infirmière au CHRN:

La description de fonction de l'infirmière au CHRN se retrouve en annexe 3.

Centre hospitalier de Rouyn-Noranda

L'organisation dont il est question dans le présent travail de recherche est le centre hospitalier de Rouyn-Noranda. Les éléments permettant de connaître davantage ses activités et ses visées sont maintenant exposés. Il s'agit des services offerts, de sa mission, de sa philosophie de gestion et de ses différents directorats.

Le centre hospitalier de Rouyn-Noranda offre des services de soins généraux et spécialisés (157 lits), des soins de longue durée (72 lits), de même que des services d'accueil et d'hébergement (75 lits).

Considéré comme le principal centre hospitalier de l'Abitibi-Témiscamingue, on y développe des spécialités touchant les personnes âgées, les nouveaux-nés et les jeunes enfants. De plus, l'équipe médico-administrative a implanté des services reconnus: médecine familiale, médecine interne, neurologie, ophtalmologie, urologie, oto-rhino-laryngologie et psychiatrie. Les services diagnostiques prennent de l'envergure avec les années, dont l'électroencéphalographie, l'électromyographie et la tomодensitométrie (CHRN, orientations 1988-93).

Sa mission est de rendre accessibles les services de santé et de promouvoir la santé auprès de la population.

Pour ce qui est de sa philosophie de gestion, elle met en évidence que "l'importance première est accordée à l'usager". En d'autres termes, le CHRN croit qu'un usager doit être respecté dans son intégrité physique, psychologique et sociale. Celui-ci a droit à la satisfaction de ses besoins et tout doit être mis en oeuvre pour qu'il reçoive un service de qualité. Il a droit à une information pertinente et complète, de même qu'à la confidentialité.

Pour offrir les services de qualité aux usagers, le CHRN considère que l'élément-clé constituant sa force est chacun des membres de l'organisation. Le style de gestion se veut donc respectueux des besoins des employés pour encourager l'atteinte des objectifs poursuivis. Afin que chacun soit responsabilisé, la décentralisation des prises de décision est favorisée.

Le CHRN se subdivise en six directions différentes soit:

- direction générale
- direction des soins infirmiers
- direction des services professionnels et hospitaliers
- direction des services techniques
- direction des ressources humaines
- direction des finances

Chaque direction poursuit une mission qui lui est spécifique. La direction des soins infirmiers est celle à laquelle s'intéressera plus particulièrement la présente recherche compte tenu que le sujet traité concerne les infirmières.

1.44 Les limites de la recherche

Les principales limites de la recherche concernent le temps, l'argent, la validité, l'échantillonnage et la fonction de la chercheuse. Chacun de ces éléments est spécifié dans les lignes suivantes.

Temps:

Le facteur temps joue un rôle important en raison du progrès du savoir et des changements technologiques. Tout dépendant du délai entre le moment où s'effectuera la cueillette de données et la production du programme d'orientation, certaines informations risquent d'être déjà périmées.

Argent:

En période de restriction budgétaire, les dépenses relatives à la formation doivent être diminuées au maximum. Le programme d'orientation se devra d'être efficace et ce, dans un délai le plus bref possible. Il faut concilier l'idéal et la réalité.

Validité:

Le programme d'orientation dont il est question dans la présente recherche a été construit, en ayant comme référence, les particularités du centre hospitalier de Rouyn-Noranda. Il s'adresse donc à une institution particulière avec ses limites à elle en terme de validité.

Échantillonnage:

Vu le faible échantillonnage, il est possible que les résultats soient quelque peu imprécis. Cependant, compte tenu que la majorité des infirmières nouvellement embauchées sont formées au collège de l'Abitibi-Témiscamingue, leurs besoins et attentes s'avèrent similaires d'année en année. Il est évident cependant que ces derniers peuvent varier en fonction des changements survenus. L'approche systémique adoptée pour la présente recherche favorise l'adaptation continue du programme d'orientation à la réalité contemporaine.

Fonction de la chercheure:

La fonction occupée par la chercheure, soit conseillère en formation à la direction des soins infirmiers, peut influencer les réponses et les réactions lors des consultations effectuées pour l'élaboration et la mise à l'essai du programme d'orientation. Ainsi, compte tenu de l'influence que celle-ci peut exercer et pour ne pas nuire à leur carrière, il est possible que les réponses soient davantage positives que négatives autant de la part des nouvelles infirmières que du personnel d'encadrement.

CHAPITRE II
CADRE DE RÉFÉRENCE

II. Cadre de référence

De nombreux changements affectent le système de santé actuel. Il est donc nécessaire que les centres hospitaliers se comportent comme des organisations ayant une ouverture sur leur environnement, afin de faire évoluer leur mode d'action et pour atteindre avec le plus d'efficacité possible les buts qu'ils se sont fixés. Ainsi conscientisés des enjeux économiques et sociaux, ils peuvent les intégrer dans la mise en oeuvre de leur mission fondamentale. Bertrand et Guillemet (1989) mentionnent d'ailleurs qu'"une organisation est un système ouvert ayant de multiples relations avec son environnement."⁽¹⁾

2.1 Approche systémique

Afin de fournir une structure logique à la présente recherche, celle-ci sera basée sur l'approche systémique parce que cette dernière collabore à mettre en évidence les caractéristiques générales de l'organisation (le CHRN), les caractéristiques des sous-systèmes (plus spécifiquement de la direction des soins infirmiers) et les relations avec l'environnement. Bref, l'approche systémique tient compte des multiples variables qui interagissent tant au sein de l'organisation qu'entre l'organisation et son environnement. Collerette et Delisle (1982) consignent que le modèle systémique oblige celui qui s'intéresse au changement « à ne pas percevoir les situations comme des pièces isolées et facilement maniables, mais comme une mosaïque complexe d'éléments en interdépendance les uns avec les autres »⁽²⁾

⁽¹⁾ Bertrand Yves, Guillemet Patrick, *Les organisations, une approche systémique*, les éditions Agence d'Arc inc., 1989, p. 107

⁽²⁾ Collerette Pierre, Delisle Gilles, *Le changement planifié*, les éditions d'Agence d'Arc inc., Montréal, 1982, p. 10

Ainsi, la cible de changement sera envisagée comme un sous-système s'inscrivant dans un réseau d'interdépendance qui conditionnera le potentiel de changement.

Dans le cas de la présente recherche, un changement est effectivement envisagé. Il s'agit de l'élaboration et de la mise à l'essai d'un programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers pour les infirmières nouvellement embauchées au CHRN. Le système étudié sera celui de la direction des soins infirmiers.

Cependant, nous ne pouvons pas faire abstraction du système dans lequel s'insère cette dernière soit le CHRN, des forces environnementales qui s'exercent sur celui-ci ainsi que des principaux sous-systèmes constituant une organisation.

L'environnement:

Bertrand et Guillemet (1989) distinguent deux (2) types d'environnement pour les organisations: l'environnement général et l'environnement spécifique.

- L'environnement général se définit comme la société qui exerce un ensemble de forces sur une organisation: culturelle, sociale, politique, légale, économique, technologique.
- L'environnement spécifique correspond au milieu immédiat dans lequel oeuvre une organisation. Il comprend généralement les forces suivantes: compétiteurs, fournisseurs, clientèle, public en général. L'ensemble des forces exercées par l'environnement sur une organisation constitue le contexte organisationnel.

Le centre hospitalier de Rouyn-Noranda:

L'organisation dont il sera question dans le présent travail de recherche sera le centre hospitalier de Rouyn-Noranda. Les principales composantes de l'environnement général faisant pression sur le CHRN sont:

Le Ministère des Services de Santé et

des Services Sociaux

: Orientations - Directives

l'environnement socioculturel

: Valeurs
Culture
Résistance au changement

l'environnement technologique

: Complexité
Disponibilité des ressources

l'environnement économique

: Conditions économiques
Disponibilité des fonds

l'environnement politico-légal

: Réglementations
Système légal
Système Politique

Dans les principales composantes de l'environnement spécifique du CHRN nous retrouvons:

Les organismes de santé du secteur privé	:	Maintien à domicile
Régie régionale de la santé et des services sociaux	:	Coordination régionale des services de santé et services sociaux
Centres hospitaliers universitaires affiliés	:	Stages et projets de recherche
Usagers	:	Clientèle du CHRN
Organismes communautaires	:	Support Ex: Le pont, la popote roulante,...
Organismes de santé et de services sociaux de la M.R.C. de Rouyn-Noranda	:	Support et intervention Ex: C.L.S.C., centres d'hébergement de réadaptation ...

Un schéma joint à la page suivante illustre les facteurs de l'environnement faisant pression sur le CHRN.

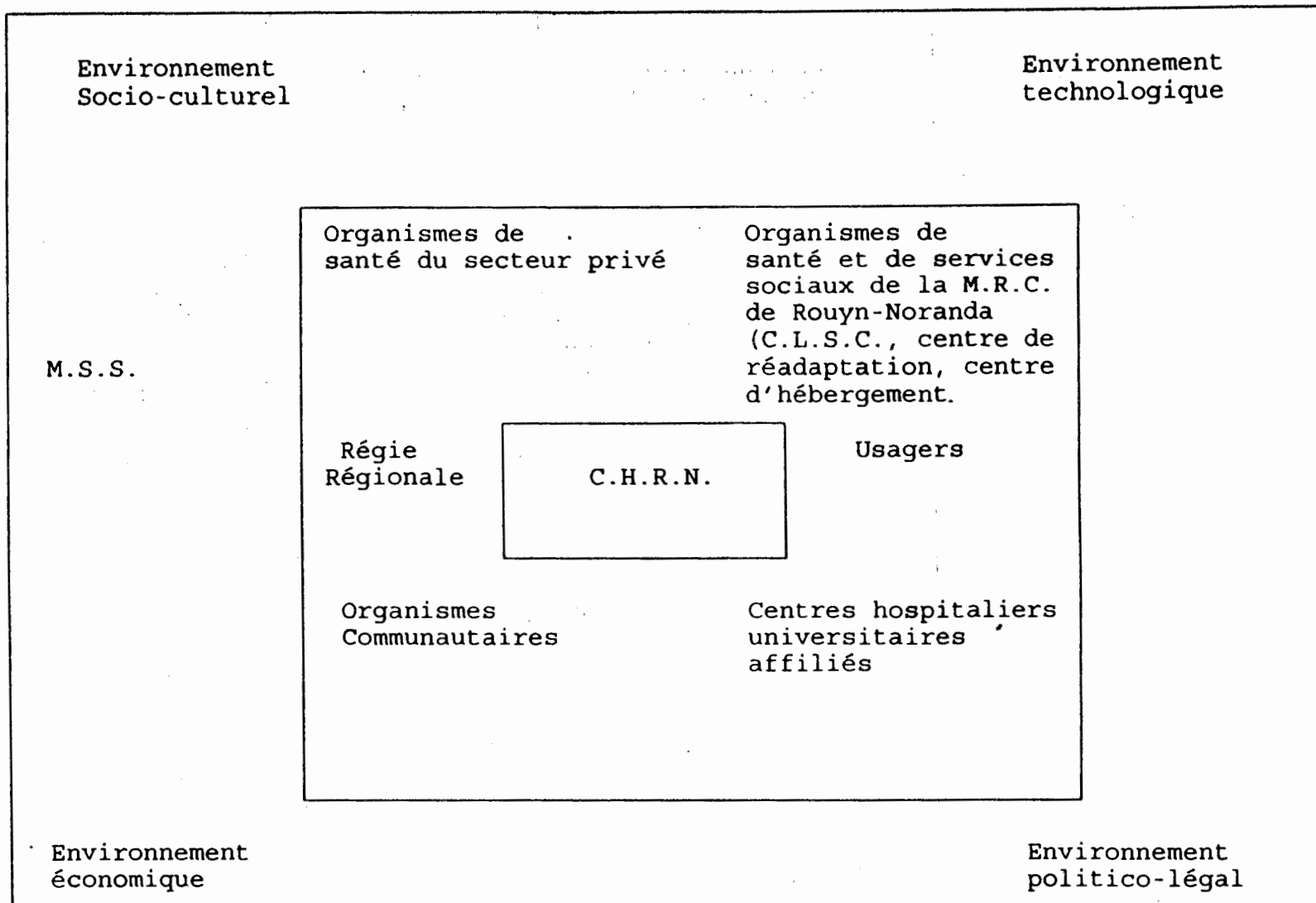


Figure 2.1 Le centre hospitalier de Rouyn-Noranda vu comme un système

La direction des soins infirmiers:

L'infirmière nouvellement embauchée au CHRN travaillera sous la direction des soins infirmiers. Les éléments de l'environnement général influençant la direction des soins infirmiers s'ajoutent à ceux du CHRN et sont principalement:

– l'environnement économique:

Les cycles économiques ont une influence sur le niveau de disponibilité de la main d'oeuvre. Ainsi, en période de pénurie d'infirmières les critères de sélection sont moins sévères parce que l'organisation doit combler ses besoins en ressources humaines à tout prix.

– l'environnement juridique:

Regroupe l'ensemble des réglementations relatives à l'emploi: loi sur la santé et sécurité au travail, charte des droits et libertés de la personne, loi sur les normes du travail, loi 120, loi des infirmières et infirmiers du Québec ...

– l'environnement socioculturel:

Valeur accordée au travail
Vieillesse de la population
Nouvelles structures familiales

– l’environnement technologique:

L’informatisation et la robotisation transforment la nature de plusieurs tâches aux soins infirmiers. La technologie informatique et robotique améliore les conditions de travail en épargnant aux infirmières nombre de tâches monotones et pénibles. Par contre, les infirmières ne peuvent pas toutes s’adapter au rythme rapide de l’informatique ou de la robotique et ne sont pas toutes en mesure de se recycler en fonction des nouvelles exigences de leur emploi. La robotisation et l’informatisation du travail peuvent aussi causer certains problèmes psychologiques et physiques. En utilisant des appareils et un matériel plus perfectionnés technologiquement, les employés se voient imposer un rythme accéléré et une augmentation de leur charge de travail.

– l’environnement éthique:

L’évolution de la volonté sociale face à la santé est habituellement exprimée dans un code d’éthique. L’environnement éthique doit être pris en considération lors de l’élaboration d’un programme d’orientation, par exemple: notion de dignité et de qualité de vie à sauvegarder chez la personne âgée.

Quant aux composantes de l’environnement spécifique de la direction des soins infirmiers, elles sont représentées par:

– Les autres directions

- Direction générale
- Direction des services professionnels et hospitaliers
- Direction des services techniques

- Direction des ressources humaines
 - Direction des finances
- Le conseil d’administration:
- Orientations du CHRN
 - Pouvoir décisionnel
- Le syndicat:
- Défense des droits des travailleurs

Nous avons joint à la page suivante un schéma illustrant les éléments faisant pression sur la direction des soins infirmiers.

La direction des soins infirmiers
vu comme un système

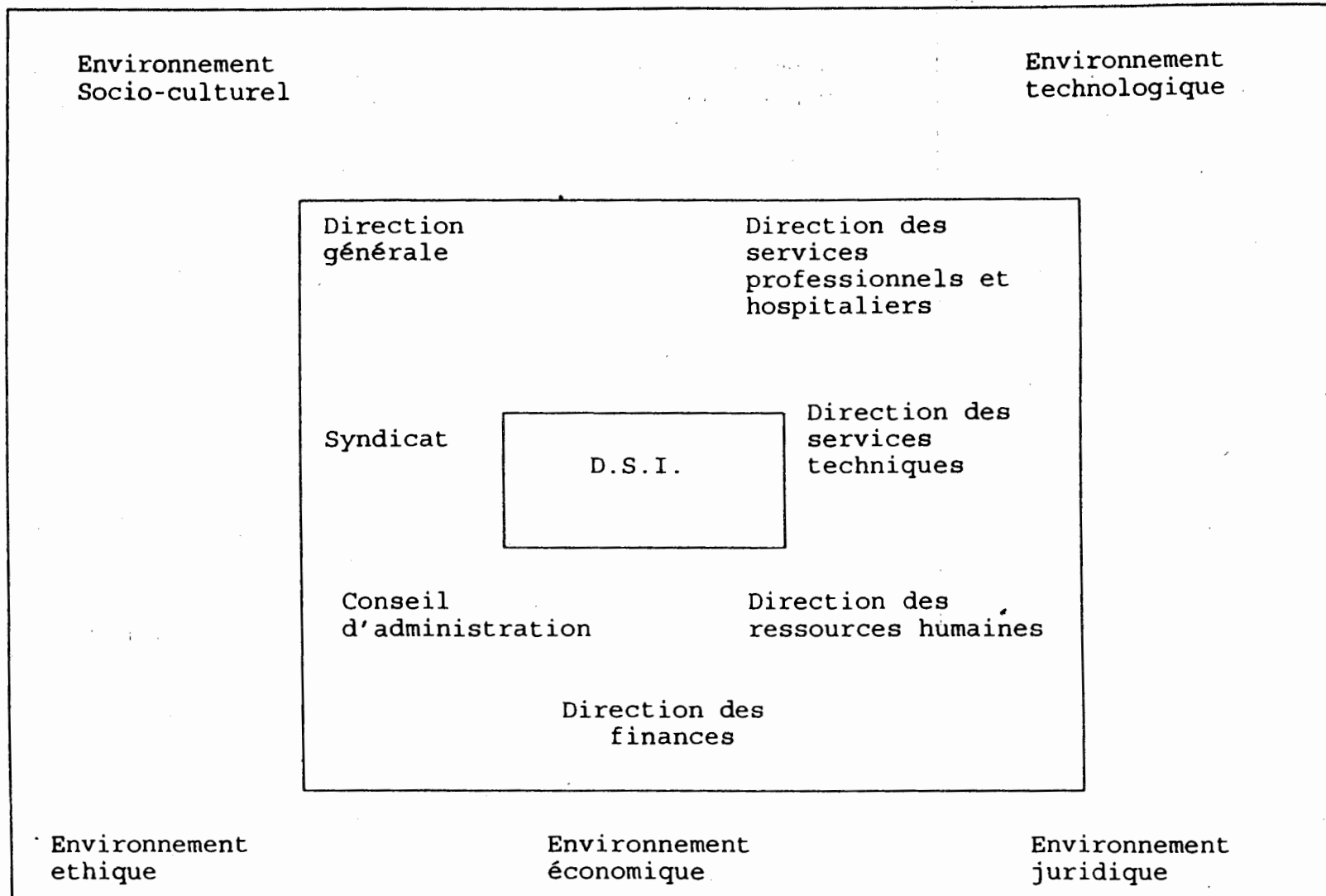


Figure 2.2 La direction des soins infirmiers du centre hospitalier de Rouyn-Noranda vu comme un système

Les caractéristiques de l'environnement ayant été mises en évidence, nous présenterons maintenant les principales composantes d'un système. Il s'agit des intrants, du processus de transformation, des extrants et de la rétroaction.

Les intrants:

Pour qu'une organisation puisse vivre, il lui faut un certain nombre de ressources pour l'accomplissement de sa mission. Celle-ci représente la raison d'être du système, sa fonction, son but. Les ressources nécessaires sont les suivantes: financières, matérielles, humaines, information et temps.

Les ressources humaines de la direction des soins infirmiers varient selon le nombre et le genre d'utilisateurs à servir. Ainsi, le personnel sera spécialisé ou pas, professionnel ou non professionnel.

Quant aux ressources matérielles, elles peuvent être déjà en place sur l'unité de soins, mais elles peuvent aussi se trouver en dehors de l'unité. Les infirmières nouvellement embauchées doivent connaître la localisation du matériel, la façon de l'obtenir et les règles de fonctionnement des services distributeurs.

Le processus de transformation:

Il est constitué de l'ensemble des activités permettant la transformation des intrants (ressources) en extrants (biens ou services). Dans le cas de la direction des soins infirmiers, le processus de transformation est constitué:

- des opérations de production
- des opérations de gestion

Les opérations de production de service s'effectuent sur les unités de soins. Celles-ci constituent le lieu de résidence des usagers durant leur séjour à l'hôpital.

La production du service par unité de soins est en fonction de la répartition des usagers dans celle-ci. Au CHRN, elle est actuellement basée sur les spécialités médicales et sur les niveaux de soins requis durant les différentes étapes de la maladie.

Au niveau des opérations de gestion, la direction des soins infirmiers se préoccupe de la qualité de vie au travail des personnes qui planifient, coordonnent et exécutent les soins et services aux usagers, voit au bon fonctionnement du service selon les ressources financières disponibles et veille à atteindre le meilleur coût d'opération possible. Un programme d'accueil et d'orientation de l'infirmière nouvellement embauchée collaborera à favoriser la qualité de vie au travail de celle-ci et à éviter de surcharger les infirmières déjà en place en précisant le rôle qu'elles ont à jouer lorsqu'elles orientent celles-ci.

Les extrants:

Il s'agit des résultats produits par le système. Ceux-ci résultent du processus de transformation et doivent remplir les exigences de la mission.

La mission de la direction des soins infirmiers est d'assurer des soins et des services de qualité à des individus présentant divers problèmes de santé, en se référant au modèle conceptuel de soins infirmiers de Virginia Henderson.

Quant à sa philosophie, elle est la suivante:

"Les actions s'inscrivent selon une vision globale de la personne, la considérant comme un être unique, présentant des aspects bio-psycho-sociaux, culturels et particuliers, cheminant dans un processus de guérison ou de deuil.

Nous considérons celui-ci ainsi que sa famille, capables, à divers degrés, d'assumer une prise en charge de leurs décisions. Les interventions découlant de ce mandat visent, à travers la définition de l'acte infirmier à promouvoir, améliorer, conserver la santé ainsi que de prévenir les complications et les accidents.

De plus, tous les membres de la direction des soins infirmiers, étant eux-mêmes imprégnés de cette orientation s'associent à d'autres intervenants afin de rencontrer les besoins de l'utilisateur; cela comprend tant les membres de l'équipe multidisciplinaire que les bénévoles avec lesquels ils partagent les valeurs de l'organisation. Ainsi, toutes ces actions s'inscrivent à travers des attitudes de respect, d'empathie, de disponibilité, de souplesse en assurant à l'utilisateur la confidentialité.

Finalement, nos responsabilités impliquent aussi la nécessité pour chacun des membres d'actualiser constamment ses connaissances, ses attitudes et ses habiletés au niveau scientifique, relationnel, éthique, légal, à travers un processus de croissance personnelle afin de répondre, de façon optimale, aux normes de compétence et à la qualité des soins et des services. De cette façon nous croyons participer au mieux-être des individus auxquels nous accordons un service d'aide.⁽¹⁾

Par rapport à l'objet d'étude, l'extrait englobe les résultats obtenus suite au processus infirmier.

La rétroaction:

La rétroaction de l'information est ce mécanisme d'autorégulation dont les systèmes disposent pour juger des extrants qu'ils produisent afin, au besoin, de faire les ajustements nécessaires.

Au CHRN, la rétroaction du processus de soins infirmiers est assurée par un recueil et traitement régulier des commentaires écrits de la clientèle ayant eu à utiliser les services. La clientèle dépose ses commentaires dans des boîtes spécialement disposées à cet effet sur chacune des unités de soins.

(1) Centre hospitalier de Rouyn-Noranda, *Manuel de gestion*, Section de la direction des soins infirmiers, 1993

De plus, un suivi étroit des plaintes reçues est assuré de façon attentive par un gestionnaire des plaintes. La nomination d'un gestionnaire des plaintes a été rendue obligatoire par la loi 120. Celui-ci se doit d'être un cadre supérieur.

Finalement, d'autres moyens de contrôle sont utilisés pour assurer la qualité des soins à l'utilisateur. Parmi ceux-ci se retrouvent:

- l'évaluation des infirmières selon les normes et critères de compétence établis par l'OIIQ (annexe 2)
- Les normes du conseil canadien d'agrément des hôpitaux
- la normalisation du matériel et de l'équipement (normes de qualité)

Les recommandations découlant de la rétroaction constituent de nouveaux intrants. Elles devront faire partie des informations transmises à l'infirmière nouvellement embauchée.

De plus, celle-ci a la possibilité, à la fin de son orientation, de donner son avis sur le contenu, la méthodologie utilisée, etc. du programme d'orientation. Cette rétroaction permettra un ajustement constant du programme d'orientation.

En effet, la notion de système présuppose la propriété de pouvoir transformer un intrant en extrant. Chaque système effectue des changements chez les éléments qui le traversent. La fonction principale d'un système d'apprentissage est de modifier un état donné à un autre état, un certain savoir (intrant) à un nouveau savoir (extrant), un non savoir-faire (intrant) à un savoir-faire donné (extrant).

Pour les exigences de la présente recherche, une étude de besoins devra précéder l'élaboration du programme d'orientation. Selon Lapointe (1992), un système d'étude de besoins s'inscrit dans l'approche systémique en transformant des données brutes décrivant une situation problématique (intrants) en des besoins priorisés (extrants). Ces transformations s'effectueront grâce à des techniques de cueillette, d'analyse et d'interprétation des données. Elles pourront être appliquées par un formateur pour effectuer la transformation « *sentiment d'une situation problématique en besoins priorisés* ».

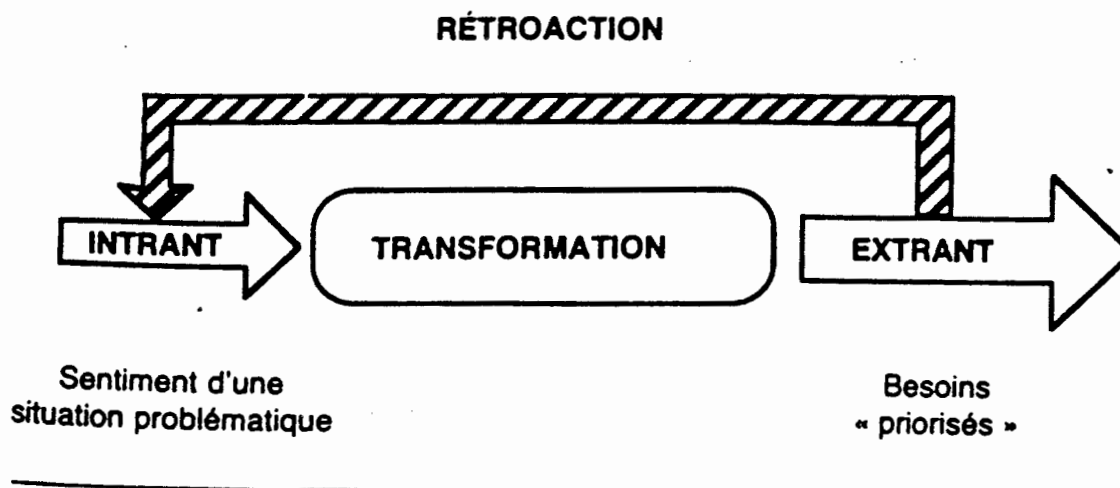


Figure 2.3 La dynamique des systèmes et l'étude de besoins ⁽¹⁾

Certains critères permettront de vérifier l'atteinte des résultats poursuivis. Ceux-ci pourront être en formation, les finalités, les buts ou les objectifs d'apprentissage.

(1) Lapointe Jacques-Jean, *La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation*, Presses de l'université du Québec, 1992, p. 17

Les phénomènes de rétroaction peuvent s'observer à l'intérieur d'un système de formation. Au début d'une activité de formation, le participant possède un ensemble de caractéristiques (habiletés, connaissances, attitudes). A la fin de la formation, les caractéristiques initiales ont été modifiées par l'action du système de formation qui joue le rôle de variable de transformation, Cependant, il faut vérifier si le message transmis pendant la formation a été décodé de la façon envisagée. Cette vérification s'effectue par rétroaction.

Toujours, selon Lapointe (1992), cette vérification s'effectue par un retour d'information (rétroaction) de l'apprenant vers le formateur, permettant à celui-ci d'évaluer si le message reçu est compatible avec celui qui a été transmis. Dans le cas où un écart est perçu, une régulation est alors envisagée exigeant de la part du formateur un réajustement du message ou une modification de la méthode utilisée pour le transmettre.

Dans toute rétroaction, des informations sur les résultats d'une transformation sont envoyées à l'entrée du système. Si ces données confirment que les transformations s'effectuent dans le sens prévu, le système continue son action. Par contre, en prenant appui sur les données si le constat est que les transformations effectuées ne sont pas conformes aux modifications envisagées, il peut y avoir réajustement du système (régulation).

En ce qui concerne le programme d'orientation, la rétroaction sera effectuée dans un premier temps par le formateur afin de s'assurer que les connaissances, attitudes et habiletés acquises sont exactes. Ensuite, elles seront accomplies sur le terrain par le personnel d'encadrement ou la personne désignée par celui-ci afin de s'assurer de l'atteinte des résultats poursuivis soit, les objectifs du programme d'orientation. De plus, lors d'une rencontre à la moitié et à la fin de la période d'orientation, la conseillère en formation sera vigilante de corriger les écarts individuels et de suggérer des améliorations organisationnelles afin de favoriser l'atteinte de la situation désirée, s'il y a lieu. Les infirmières soignantes collaborent à faire des rétroactions sur les apprentissages effectués. Cependant, jusqu'à maintenant, leur rôle en rapport avec l'orientation de nouvelles infirmières est mal défini et elles connaissent peu les objectifs de l'orientation.

Un facteur essentiel à l'atteinte de la mission de la direction des soins infirmiers est la compétence des infirmières. Tel que mentionné précédemment, la construction d'un programme d'orientation favorisera l'enrichissement de la compétence de l'infirmière nouvellement embauchée. Ainsi, nous utiliserons une approche par compétence parce que celle-ci permet de considérer les sous-systèmes constituant une organisation et parce qu'elle facilitera l'atteinte du but poursuivi soit l'exercice du rôle attendu de l'infirmière au CHRN, avec compétence.

2.2 **Approche par compétence**

La recherche croissante de la qualité et la rationalisation des coûts ont un impact sur les centres hospitaliers. Celle-ci se fonde sur l'administration efficace et efficiente des ressources qui leur sont octroyées.

Tel qu'annoncé par madame Lucienne Robillard, ex-ministre de la santé et des services sociaux en mars 1994, le défi est de produire des services de meilleure qualité, axés sur des résultats et à moindre coût. A quoi serviront les innovations si elles ne peuvent pas être exploitées de façon optimale? La formation qualifiante ou par compétence devient alors un élément important de la planification stratégique des organisations.

Ainsi, une approche par compétence, qui se caractérise par un diagnostic précis des besoins, favorisera l'atteinte des résultats visés par le programme d'orientation. De plus, elle contribuera à fournir une main d'oeuvre compétente et motivée pour effectuer le travail nécessaire, en la mettant en situation de valoriser ses talents, avec un niveau élevé de performance et de qualité, à un coût conforme avec les objectifs économiques, et dans un climat social le plus favorable possible (Meignant, 1995, p.21).

Les principaux concepts de l'approche par compétence seront maintenant définis. Il s'agit de: compétence, motivation, valorisation des talents, performance, qualité, coût compatible avec les objectifs économiques et climat social favorable.

Compétence:

La compétence se définit, selon Gale et Pol (1975) comme étant la qualité d'être fonctionnellement adéquat dans la réalisation des tâches découlant d'un rôle ou d'une position, avec les connaissances, les habiletés, les capacités, le jugement, les valeurs et les attitudes nécessaires. Ces auteurs soulignent également que le développement de la compétence est un processus continu. Au fur et à mesure que la personne acquiert des connaissances et des habiletés et voit son jugement progresser, son niveau ou degré de compétence dans une sphère précise augmente.

Pour Hotte (1993), « *La compétence c'est ce qu'une personne est capable d'accomplir, maintenant, à partir de ses aptitudes, de ses connaissances et de ses expériences* ». ⁽¹⁾

Ces deux définitions seront utiles pour les fins du présent travail. En effet, l'infirmière nouvellement embauchée possède une certaine compétence au moment de son embauche, ce qui réfère à la définition de la compétence accordée par Hotte (1993). Comme nous considérons également que la compétence est un processus continu, la situation vers laquelle nous tendons sera d'enrichir la compétence de la nouvelle infirmière dans un contexte spécifique, ce qui réfère à la définition de Gale et Pol (1975).

Cependant, la finalité de la compétence recherchée chez l'infirmière nouvellement embauchée doit être conforme à la conception défendue par l'OIIQ (1980) par rapport au terme compétence infirmière soit:

« [...] *la qualité d'une infirmière ou d'un infirmier qui exerce la profession selon les normes d'exercice, c'est-à-dire qui, possédant les connaissances scientifiques et professionnelles, le jugement et les habiletés nécessaires, s'acquitte adéquatement des tâches inhérentes à ses fonctions d'infirmière ou d'infirmier dans un rôle donné.* » ⁽²⁾

(1) Hotte Claude G., *Optimiser la performance au travail*, Édition stratégie, 1993, p. 37

(2) OIIQ, *L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier du Québec*, tome 1, sept 1980, Bibliothèque nationale du Québec et du Canada, p. 5

Les indicateurs permettant de poser un jugement sur la compétence des infirmières nouvellement embauchées sont:

- la mission du CHRN et des unités de soins (annexe I)
- les normes de compétence des infirmières (annexe II) décrites par l'OIIQ
- les actes médicaux délégués au CHRN
- les méthodes de soins au CHRN
- les règles de soins infirmiers au CHRN
- les procédures en vigueur au CHRN
- la description de fonction de l'infirmière (annexe III)
- les plaintes des usagers
- les accidents de travail
- les erreurs médicamenteuses

De plus, l'exercice de la profession infirmière s'exécute dans le respect de certains balises légales. Celles-ci relèvent du droit exclusif d'exercice, de l'obligation de détenir un permis, et des actes constituant l'exercice.

Ainsi, l'infirmière possède un champ d'exercice exclusif. Le droit exclusif d'exercer une profession selon le code des professions (1991, art.26) ne peut être conféré aux membres d'une corporation que par une loi. Un tel droit n'est accordé que dans les cas où la nature des actes posés par les personnes et la latitude dont elles disposent en raison de la nature de leur milieu de travail habituel sont telles, qu'en vue de la protection du public, ces actes ne peuvent être posés par des personnes ne possédant pas la formation et la qualification requises pour être membre de cette corporation.

Toujours selon le code des professions (1991, art. 32)

"nul ne peut prétendre être [...] infirmière ou infirmier, ni utiliser un titre pouvant laisser croire qu'il l'est, ni exercer une activité professionnelle réservée aux membres d'une corporation professionnelle, prétendre avoir le droit de le faire ou agir de manière à donner lieu de croire qu'il est autorisé à le faire, s'il n'est détenteur d'un permis valide et approprié et s'il n'est inscrit au tableau de la corporation habilitée à délivrer ce permis, sauf si la loi le permet."

La corporation a pour principale fonction d'assurer la protection du public. A cette fin, elle doit notamment contrôler l'exercice de la profession de ses membres. Une loi encadre cet exercice. En effet, les articles 36 et 37 de la loi des infirmières et infirmiers du Québec définissent ainsi le rôle de l'infirmière:

article 36:

Constitue l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale.

article 37:

L'infirmière et l'infirmier peuvent, dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire.

De ces considérations, il ressort que sur les unités de soins, l'infirmière constitue le seul corps professionnel dont la présence est toujours indispensable. L'infirmière auxiliaire et la préposée effectuent des soins de base qui pourraient, en théorie, être accomplis par l'infirmière, et l'infirmière auxiliaire peut accomplir également une partie du travail de l'infirmière, en soutien à celle-ci, et sous sa supervision professionnelle. L'infirmière constitue donc la force de travail principale dans le domaine des soins infirmiers. Les autres corps d'emploi se définissent en rapport avec l'infirmière, et en soutien à celle-ci.

Par contre, l'obtention d'un diplôme en sciences ou en soins infirmiers ne suffit pas pour exercer la profession d'infirmière. Encore faut-il réussir l'examen professionnel que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) impose, comme l'autorise le code des professions.

Pour permettre aux candidates d'exercer la profession entre la fin de leurs études et l'examen en question, le gouvernement du Québec a adopté en mai 1993 un règlement qui confirme le statut de candidate à l'exercice de la profession d'infirmière. L'appellation de candidate existait déjà, mais le nouveau règlement vient de créer le statut.

Le règlement définit comme candidate à l'exercice de la profession d'infirmière, toute personne qui est titulaire d'un diplôme donnant ouverture au permis, ou qui a démontré au Bureau qu'elle a réussi un programme en soins infirmiers ou dont la formation acquise au Québec est reconnue équivalente par le Bureau et qui a demandé un permis à l'Ordre et qui en attend la délivrance. Les candidates embauchées en mai subissent l'examen de l'OIIQ au mois d'août et reçoivent leur permis d'exercice vers la mi ou fin octobre de la même année. Les personnes détentrices de ce statut possèdent un champ d'exercice limité.

Ainsi, selon l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, la candidate à l'exercice de la profession d'infirmière peut exercer la profession d'infirmière sous la supervision d'un membre de l'Ordre. Celle-ci peut, dans les limites de ses connaissances et habiletés poser les actes inhérents à l'exercice de la profession et exécuter tout soin lorsqu'un médecin a formulé une ordonnance médicale individuelle pour un usager.

Cependant, la candidate à l'exercice de la profession d'infirmière ne peut pas:

- agir à titre de responsable, d'une unité de soins à quelque moment et quelque lieu qu'elle se trouve
- poser les actes mentionnés au règlement des actes médicaux autorisés (actes que les médecins délèguent aux infirmières) lorsqu'ils ne sont pas prescrits individuellement pour un usager.

En somme, nous devons considérer que les exigences de compétence sont également liées à un poste de travail. Ainsi, dans le cas des infirmières nouvellement embauchées, nous devons tenir compte de la pratique infirmière au CHRN énoncée dans la description de fonction de celle-ci (annexe III).

Motivation:

La motivation correspond, selon Brown, Berrien et Russell (1966) à un état d'activation de l'organisme qui se traduit par la recherche active d'un objet ou d'une situation capable de combler un besoin. Par ailleurs, pour Munn (1970), le terme motivation implique une activité exploratoire provoquée et canalisée par un facteur spécifique (stimulus) orientant le comportement vers l'obtention d'une fin précise. De plus, rapporte Larouche (1984), « *un individu qui éprouve le besoin d'apprendre quelque chose qu'il ne maîtrise pas, verra se déclencher chez lui une activité de recherche de moyens propres à combler ce besoin. Dans ce contexte, la motivation est alors considérée comme un état de l'organisme qui le rend prêt à agir.* »⁽¹⁾

D'autre part, dans le document qu'il a conçu en regard de la politique nationale de développement du personnel d'encadrement, le centre de formation de consultation (CFC) (1993) écrit que la motivation est égale à la somme des gains que l'individu peut faire à la suite d'une action, moins le prix qu'il aura à payer pour la faire. Les schémas suivants, tirés du document illustrent la convergence entre les cibles visées par la personne et celles visées par l'organisation pour susciter la motivation chez l'individu à l'emploi d'une organisation.

(1) Larouche Viateur, *Formation et perfectionnement en milieu organisationnel*, Les éditions JCL inc., 1984, p. 98

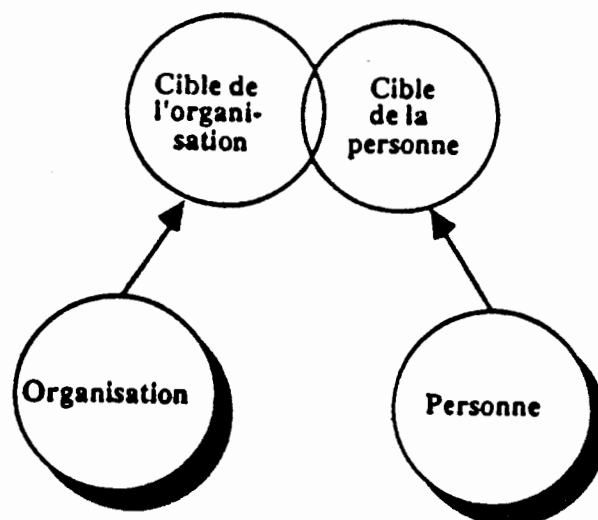


Figure 2.4 ⁽¹⁾ Convergence nécessaire à la motivation

Un problème de motivation survient donc lorsque l'écart est trop grand entre les cibles poursuivies par l'organisation et les cibles personnelles d'un membre.

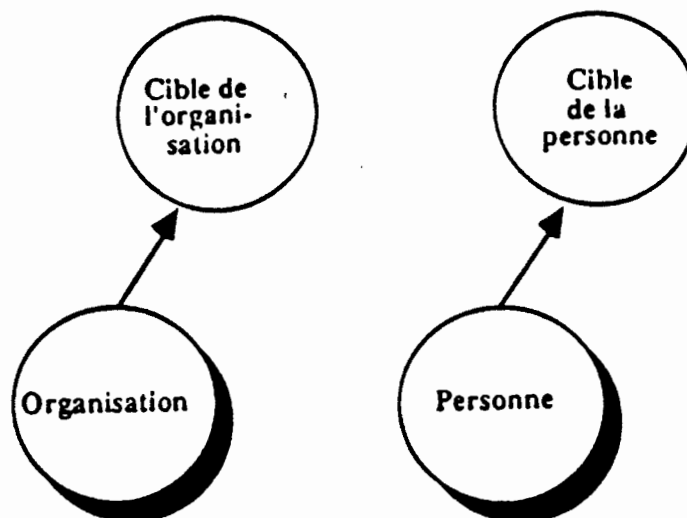


Figure 2.5 ⁽¹⁾ Écart nuisible à la motivation

⁽¹⁾ Ministère de la santé et des services sociaux, *La mobilisation du personnel*, conçu par le groupe CFC, Bibliothèque Nationale du Québec, 1993, section III, p. 35

Ainsi, pour qu'un travail soit motivant pour l'employé, il est primordial qu'il comporte des attentes et des objectifs qui soient spécifiques, avec des échéances explicites, comportant un niveau de difficulté ou de complexité à la mesure des capacités de l'individu. En prenant connaissance des résultats, il peut s'auto-évaluer.

Les facteurs favorisant la motivation de l'infirmière nouvellement embauchée au CHRN sont que celle-ci possède des valeurs et objectifs compatibles avec ceux de la direction des soins infirmiers et que la fonction qu'elle occupe corresponde à ses capacités.

Valorisation des talents:

L'aspect « valorisation des talents » constitue une extension de la notion de motivation car pour valoriser ses talents, il faut être placé en situation de le faire. Ainsi, certains modes d'organisation et certains styles de rapports hiérarchiques ont des effets directs sur l'épanouissement des capacités professionnelles et même intellectuelles (Meignant, 1995).

Ces éléments devront être pris en considération lors de l'analyse de la mise à l'essai du programme d'orientation. Par conséquent, le mode d'organisation des soins infirmiers peut influencer la motivation et la valorisation des talents de la nouvelle infirmière. Celle-ci est orientée sur 10 unités de soins différentes soit: la salle d'urgence, les soins intensifs, la gynéco-obstétrique, la pouponnière, la médecine, la chirurgie, les soins de longue durée, la pédiatrie, la psychiatrie et le centre d'accueil Youville

Chaque unité et service poursuit une mission particulière. Celles-ci paraissent à l'annexe 1.

L'unité de soins est le lieu de résidence des usagers durant leur séjour au centre hospitalier. Il est en interrelation constante avec tous les services de diagnostic et de traitement du centre hospitalier, ainsi qu'avec les services d'hôtellerie (buanderie, cuisine). Tel que mentionné précédemment, la répartition des usagers dans les unités de soins est actuellement basée sur les spécialités médicales et sur les niveaux de soins requis durant les différentes étapes de la maladie.

Chaque unité de soins se définit en y décrivant l'environnement, la mission, les objectifs, les moyens, la structure, les acteurs, de même que la technologie utilisée. Le personnel des unités de soins est majoritairement sur rotation (deux quarts: jour-soir ou jour-nuit) et travaille une fin de semaine sur deux.

Les modalités de prestation des soins infirmiers concernent les structures d'organisation pour dispenser les soins aux usagers dans les unités de soins; elles réfèrent au partage de l'autorité, des responsabilités, des rôles et des tâches entre les membres du personnel: infirmière-chef, infirmière, infirmière auxiliaire et préposé.

Selon l'association des hôpitaux du Québec (1990), elles traduisent non seulement une approche de gestion, mais également une philosophie de soins, ainsi qu'une réponse aux pressions de l'environnement externe et aux valeurs de la société.

Les modalités de prestation de soins présentes au CHRN varient selon les caractéristiques des usagers des unités de soins soit: la modalité d'équipe, la modalité du soin global et la modalité des soins intégraux.

Les soins infirmiers d'équipe sont fondés sur le principe qu'une équipe de personnel infirmier, sous la supervision d'infirmières, dispense des soins à un groupe d'usagers. Théoriquement, les soins d'équipe sont conçus pour optimiser l'utilisation des talents à tous les niveaux et pour assurer la rentabilité des soins (Munson et Clinton, 1979; Shukla, 1982). Les soins sont par le fait même, fragmentés. La responsabilité des soins relève de l'infirmière chef d'équipe.

La modalité du soin global prévoit que l'infirmière affectée à un usager lui prodigue tous les soins durant son quart de travail. L'imputabilité ou responsabilité des soins est du ressort de l'infirmière qui s'occupe de l'usager.

La modalité des soins intégraux suppose qu'une infirmière principale est responsable des soins de l'usager de son admission à son départ. Des infirmières associées supportent le cheminement de l'usager vers son rétablissement cependant, le plan de soins demeure la responsabilité de l'infirmière principale. Ce concept est particulièrement intéressant sur les unités (ex: psychiatrie) où le lien avec l'intervenant et la continuité des soins constituent des facteurs primordiaux.

Performance et qualité:

Quelle est donc la contribution de la formation à la qualité des services et aux performances du centre hospitalier? Ceci dépendra bien sûr des points de vue. Par exemple, les infirmières sur le terrain veulent savoir si les actions de formation faisant partie de l'orientation ont eu un effet tangible sur les résultats attendus par rapport au fonctionnement de la nouvelle infirmière sur les unités. Ce n'est pas l'existence de la prestation (durée, nombre de personnes formées, coût) de la formation qui leur importe, c'est sa valeur ajoutée. A ces préoccupations s'ajoute un volet économique pour le personnel d'encadrement. Ceci peut s'expliquer par une différence de vision entre le monde professionnel et le monde administratif.

En effet, les services et unités de soins qui composent le centre opérationnel poursuivent des objectifs qualitatifs et la présence des usagers soumet les professionnels à une forte pression à court terme. Ceux-ci obéissent avant tout, aux critères d'évaluation de la compétence établis par leur corporation.

Quant aux objectifs assignés au sommet hiérarchique, ils sont majoritairement de nature quantitative et économique et s'inscrivent toujours dans une dimension politique. La pression du court terme ne s'exerce pas sur eux avec la même intensité que sur les membres du centre opérationnel. Leurs préoccupations sont plus centrées sur les relations avec un environnement administratif plus large (régie de la santé et des services sociaux, ministère de la santé) qui constitue l'essentiel de leur sous-environnement de référence.

Ce jeu, très particulier, des forces de différenciation, collabore à expliquer le paradoxe apparent entre la qualité des soins et la gestion. Celui-ci est observable par la différence des buts poursuivis par l'un et l'autre. En effet, la qualité des soins prodigués aux usagers demeure la préoccupation principale du monde professionnel. A ce souci s'ajoute celle du respect des limites budgétaires pour le monde administratif.

Et qu'entend-on par performance?

Legendre (1993) définit la performance comme le rapport entre l'accomplissement réel, à savoir les résultats obtenus, avec l'utilisation d'un niveau de ressources de référence en regard d'attentes fixées et de résultats projetés. Cependant, Hotte (1993) ajoute deux composantes à la performance au travail soient: la motivation et l'environnement organisationnel. Celles-ci sont illustrées par la figure suivante tirée du volume de Hotte (1993).⁽¹⁾

(1) Hotte Claude G., *Optimiser la performance au travail: un guide pratique*, Édition Stratégique, 1993, p. 17

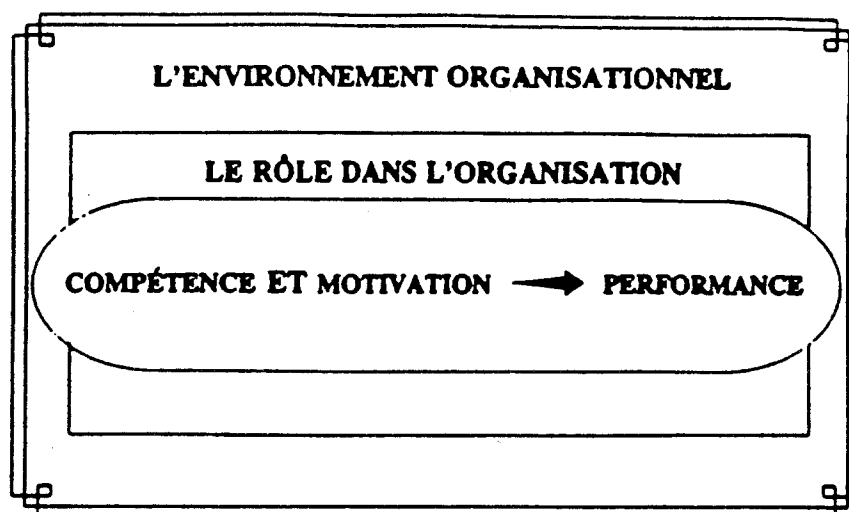


Figure 2.6: Performance au travail

La motivation a déjà été définie antérieurement. Quant à l'environnement organisationnel, il est nécessaire à la valorisation des talents. En effet, les échanges sur l'environnement organisationnel ont pour but d'identifier et d'éliminer, si possible, les obstacles et les irritants qui peuvent influencer la performance. Cela implique une démarche qui vise à informer le personnel des attentes de l'organisation en matière de facteurs d'environnement, de résultats et de comportements et ce, dès le moment où ils sont requis.

Ainsi, l'infirmière nouvellement embauchée doit connaître les attentes du CHRN et de la direction des soins infirmiers et ce, dès son entrée au CHRN.

Coût compatible avec les objectifs économiques

Le défi consiste à gérer une activité en cherchant à optimiser le rapport entre son coût et les avantages qu'elle procure. Dans le cas de l'orientation des infirmières nouvellement embauchées, il s'agit de faire plus et mieux, avec autant d'argent, et si possible moins.

Climat social favorable

La logique de formation poursuivie par le programme d'orientation devra être intégrée aux orientations stratégiques et aux objectifs opérationnels du CHRN tout en ayant, comme tous les autres services, des soucis d'efficacité et de rentabilité.

Avant, la tendance était que les directions d'établissement décidaient souverainement des formations qui étaient adaptées pour le personnel. Actuellement, la pratique au CHRN est de s'appuyer largement sur le personnel d'encadrement pour identifier les besoins de formation. Cette évolution est positive car aucune politique de formation efficace ne peut exister sans le soutien et l'implication de l'encadrement, mais cela suppose que l'encadrement sache faire. Et, le danger est que le responsable hiérarchique non préparé prescrive les formations sans consulter les principaux intéressés. A ce moment, il ne faut pas oublier que c'est l'individu qui fera l'effort de se former et qu'il ne le fera que s'il a l'intérêt de le faire.

Conséquemment, dans le cas du programme d'orientation, la participation conjointe du personnel d'encadrement et des infirmières nouvellement embauchées favorisera une identification plus complète des besoins de celles-ci et de ceux du CHRN.

D'autre part, il faut une synchronisation du développement des compétences des nouvelles infirmières avec les politiques, plans d'action et objectifs du CHRN et de la direction des soins infirmiers. Cependant, ceci ne constitue pas le seul problème de la conseillère en formation à la direction des soins infirmiers. C'est aussi celui de l'ensemble des acteurs concernés. Le rôle des personnes ayant une influence prépondérante en rapport avec la formation en centre hospitalier a été décrit par l'association des hôpitaux du Québec (1992) et se définit ainsi:

Le **conseil d'administration** des centres hospitaliers décide des grandes orientations et du plan stratégique de l'établissement. Les membres ont la responsabilité d'évaluer à partir des informations reçues, la qualité et l'efficacité générale des ressources humaines.

Le **directeur général** est le premier responsable de la gestion des ressources humaines. Il délègue le développement des ressources humaines au directeur des ressources humaines.

Le **directeur des ressources humaines** orchestre les différentes partitions de la gestion des ressources humaines dont la politique de formation et de développement des ressources humaines (PDRH). Il décentralise les activités de formation aux diverses directions mais il demeure le coordonnateur du budget de formation.

Le **directeur des soins infirmiers** adapte les activités de formation aux enjeux stratégiques propres à sa direction. Dans certains centres hospitaliers, il délègue la gestion des activités de formation à un conseiller en formation à la direction des soins infirmiers.

Le **conseiller en formation** avec l'autorisation du directeur des soins infirmiers planifie, supervise la mise en oeuvre, évalue les activités et les programmes de formation. Finalement, il produit le bilan annuel des activités de formation tenues à la direction des soins infirmiers.

Les **chefs d'unité** suivent la mise en oeuvre des programmes de formation et effectuent les interventions de gestion requises pour leur réalisation. Ces gestionnaires assument une responsabilité majeure dans la circulation des valeurs associées à la formation et dans la création d'un environnement propice au transfert des acquis.

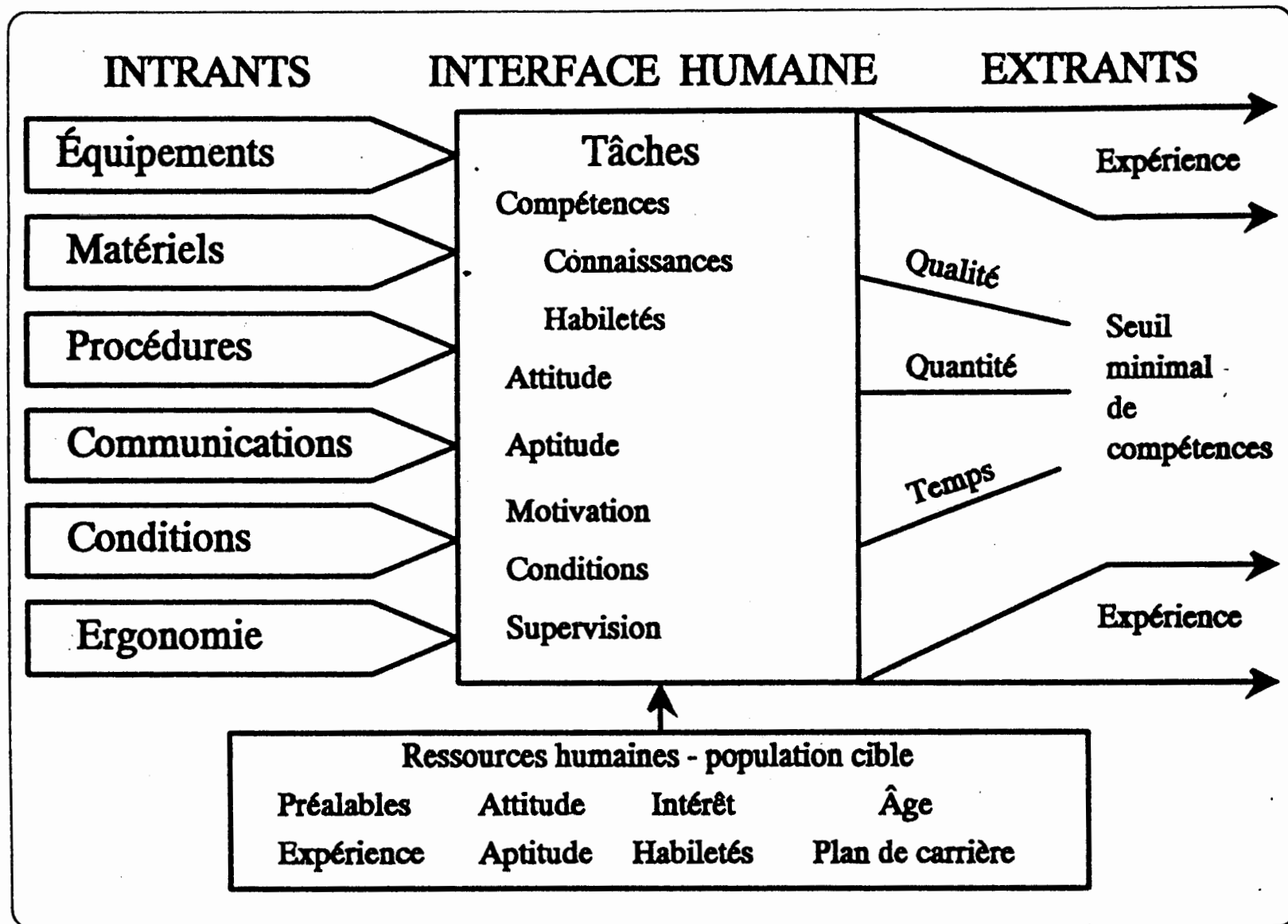
La responsabilité de l'**employé** est d'assurer à l'organisation une contribution pleine et entière à la réalisation de sa mission et de ses objectifs. Ainsi il doit participer au maintien et au développement de ses compétences.

Le **syndicat** fait l'objet d'une consultation continue, avec de réelles possibilités d'influencer les contenus des plans de formation et le choix des personnes ciblées par la formation.

Le **conseil des infirmiers et des infirmières** est une instance consultative formelle prévue par la loi et il s'intègre à la structure organisationnelle des établissements publics de santé. Il n'a pas de pouvoir formel de décision dans l'établissement mais il a un pouvoir d'influence auprès des instances décisionnelles. Par rapport à la formation, il est responsable de donner son avis sur les moyens à prendre pour maintenir la compétence de ses membres.

En somme, nous voulons une conception dynamique du programme d'orientation ne se résumant pas à un ensemble de méthodes et d'outils. Cela suppose qu'il se base sur la politique de formation du CHRN et qu'un réseau de travail avec le personnel d'encadrement concerné se construise. Ceci favorisera que les outils soient utiles et donnera un moyen d'assurer une rétroaction continue et un suivi pertinent.

Finalement, nous avons retrouvé, dans les notes de cours de monsieur Lucien Aubé, professeur à l'université du Québec à Montréal (1995), une transposition de l'approche par compétence sous forme de système. Nous avons pensé vous présenter cette illustration à la page suivante parce qu'elle constitue un résumé schématique du présent chapitre.



L. Aubé, professeur, Université du Québec à Montréal

Figure 2.7 Système de compétences

CHAPITRE III
MÉTHODOLOGIE

III.- Méthodologie

La méthodologie retenue pour la présente recherche est la recherche-action à cause de la possibilité qu'elle donne de créer un changement dans sa situation naturelle, d'apprendre du dit changement et de sa compatibilité avec l'approche systémique.

3.1 Recherche-action

La recherche-action permet de créer un changement dans sa situation naturelle. Le fait d'étudier les conditions et les résultats de la mise à l'essai du programme d'orientation dans son milieu favorisera à notre avis la création d'un réseau de travail avec les personnes concernées ainsi que l'adaptation constante du programme d'orientation à la réalité contemporaine par une évaluation et un suivi continuel.

De plus, nous considérons que la recherche-action s'imbrique harmonieusement dans le cadre de référence choisi pour la présente recherche soit, l'approche systémique. Cet argument est confirmé par Goyette et Lessard-Hébert (1987) qui soulignent que "*la recherche-action peut-être comprise à la lumière de la notion de système comme un méta-système, c'est-à-dire une organisation unifiée d'interrelations entre un système de recherche et un système d'action*".⁽¹⁾

⁽¹⁾ Goyette Gabriel, Lessard-Hébert Michelle, *La recherche-action, ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*, Presses de l'Université du Québec, 1987, p. 179

Ainsi, nous pouvons observer une correspondance des étapes présentées par Côté (1993) avec l'approche systémique par l'analogie des éléments principaux: intrants (malaise), transformation (recherche de solutions), extrants (résultats) et rétroaction (écart ou nouveau problème à analyser qui devient un intrant).

La recherche-action permet également de poursuivre une visée éducative. En effet, elle met un accent prioritaire sur le processus d'apprentissage des personnes qui sont impliquées (Goyette et Lessard-Hébert, 1987). Ceci permettra aux personnes concernées par le programme d'orientation de prendre des décisions éclairées en leur permettant d'échanger des informations de part et d'autre sur le milieu et ainsi en arriver à découvrir des solutions aux problèmes rencontrés. Ceci répond aux attentes de la chercheuse qui désire mettre en application les connaissances scientifiques de la recherche.

De plus, tel que rapporté par P. de Bruyne et al (1974, p. 229) la recherche-action peut se situer dans un courant de recherche axé sur la dynamique du changement portant à la fois sur sa planification comme telle et sur l'étude de son processus ou de ses effets. Ils affirment:

« Comme son nom l'indique, la recherche-action vise, en même temps, à connaître et à agir; sa démarche est une sorte de dialectique de la connaissance et de l'action.

Au lieu de se borner à utiliser un savoir existant, comme la recherche appliquée, elle tend simultanément à créer un changement dans une situation naturelle et à étudier les conditions et les résultats de l'expérience effectuée. »⁽¹⁾

Vous trouverez à la page suivante les étapes relatives à la recherche de solution en recherche-action présentées par Côté (1993) et ensuite la correspondance de celles-ci avec le programme d'orientation des infirmières nouvellement embauchées au CHRN.

⁽¹⁾ Bruyne P. de, Herman J. et De Schoutheete M., *Dynamique de la recherche en sciences sociales*, Presse de l'université de France, 1984, p. 229

GRILLE : RECHERCHE DE SOLUTION EN RECHERCHE-ACTION

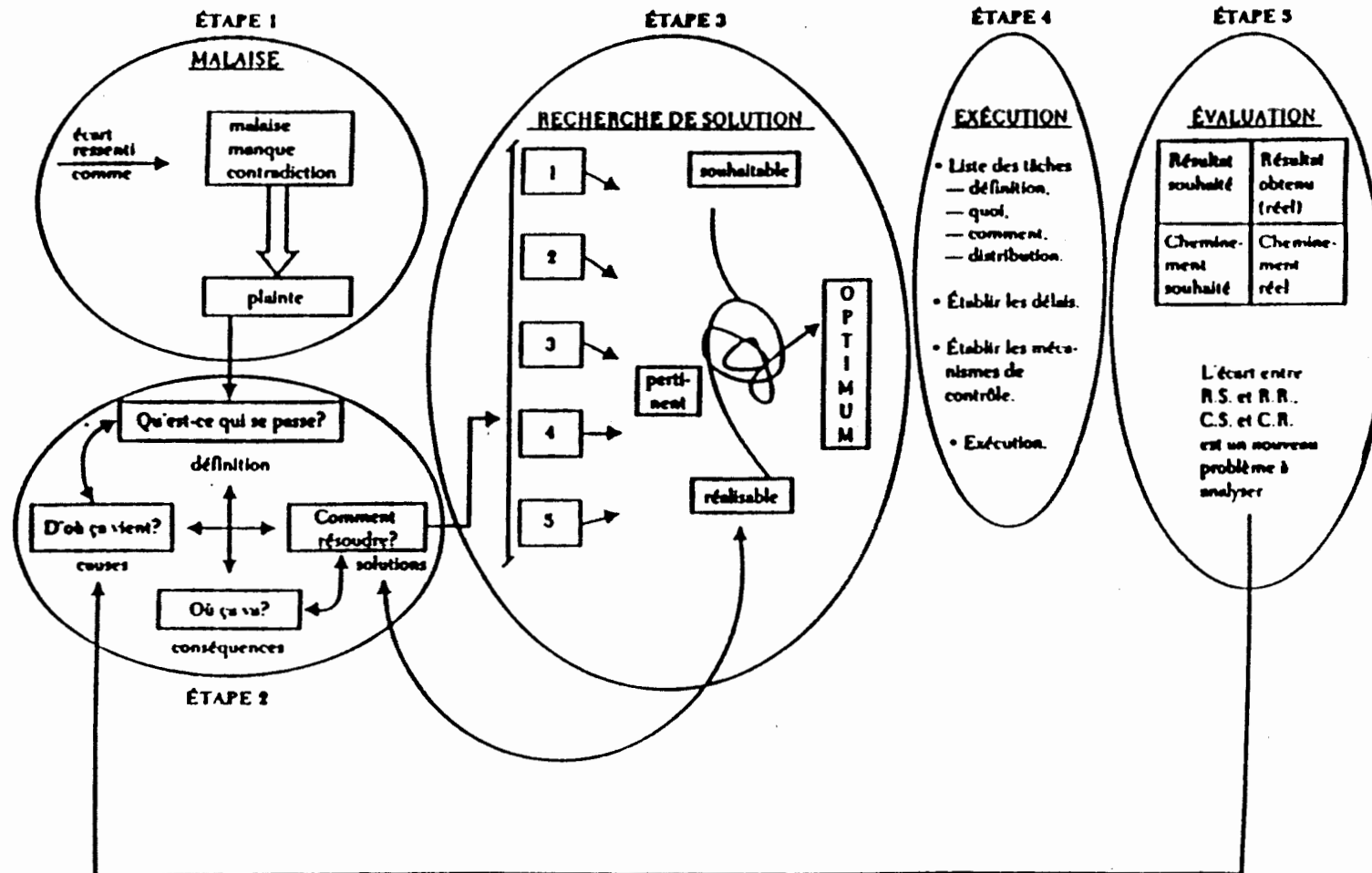


Figure 3.1 Recherche de solution en recherche-action (Côté, 1993) ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Côté Charles, *Partenariat École-Communauté*, manuel méthode et outils, Éditions Guérin, Montréal, 1993, p. 76

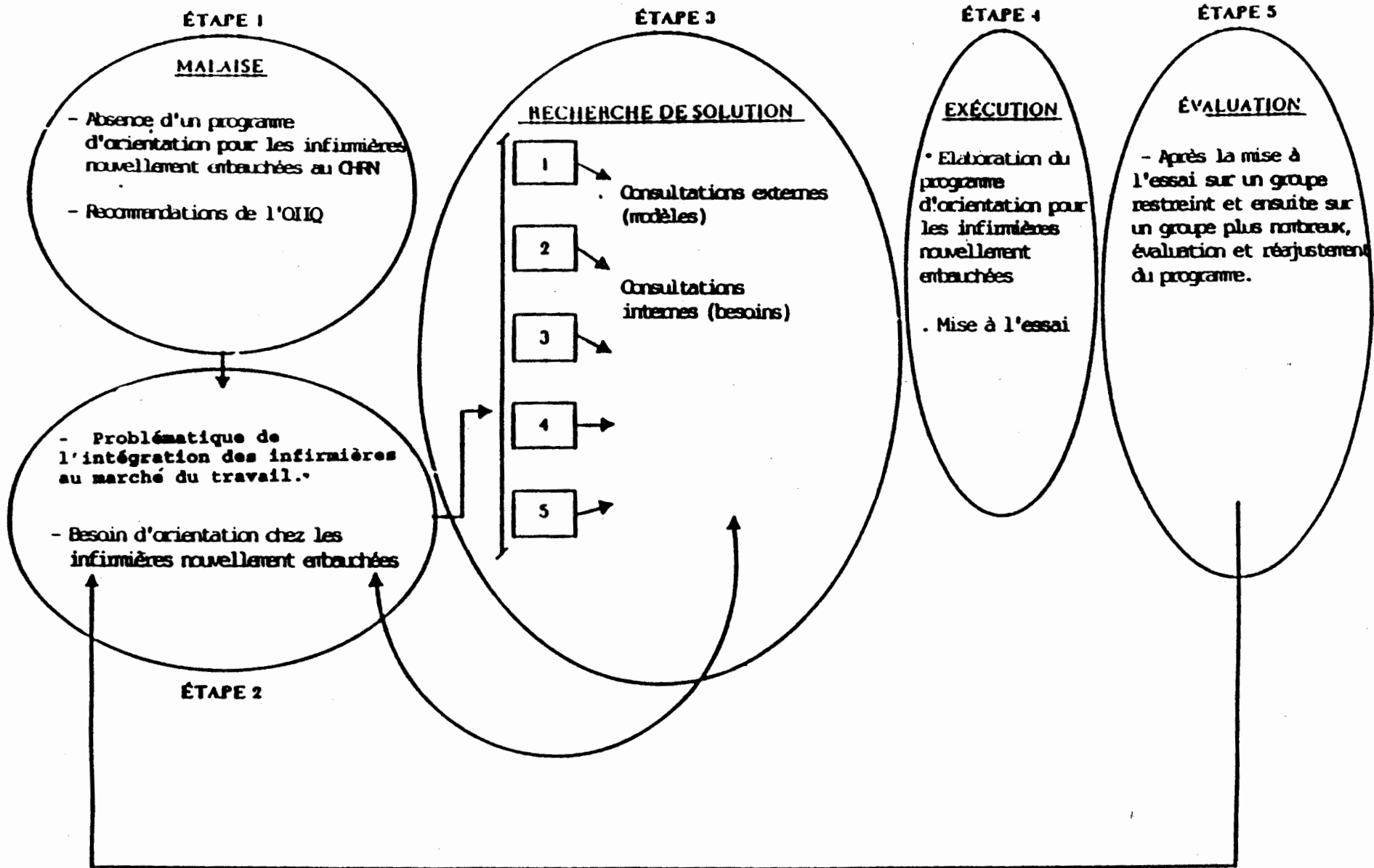


Figure 3.2 Correspondance entre la grille de Côté (1993) et le programme d'orientation des infirmières nouvellement embauchées au CHRN

3.2 Déroulement de la recherche-action

Nous observons que selon Côté (1993) la recherche-action comporte cinq (5) étapes. Il s'agit de cerner le malaise, les conséquences, de rechercher des solutions, de les exécuter et de les évaluer. Chacune des étapes sera d'abord expliquée en théorie et ensuite commentée par rapport au programme d'orientation.

Malaise:

A cette étape, une insatisfaction est ressentie par rapport à une situation. Cela peut prendre la forme d'un malaise, d'une contradiction, d'une situation à résoudre lorsqu'une situation apparaît importante aux personnes concernées. Comme les éléments n'apparaissent pas clairement, il faut cueillir des faits qui seront utilisés comme arguments.

La description du malaise et les arguments démontrant la nécessité du programme d'orientation font l'objet des chapitres concernant la problématique et le cadre de référence.

Étape 2- Conséquences

C'est à cette deuxième étape que la recherche-action s'installe comme telle. Le malaise est décrit, présenté à d'autres personnes et des pistes de solution sont élaborées.

Ainsi, la présente recherche-action a comme but d'effectuer un changement soit, d'élaborer et de mettre à l'essai un programme d'orientation au centre hospitalier de Rouyn-Noranda. Nous admettons que ce milieu est de nature plutôt conformiste, il faut alors prendre en considération les résistances potentielles au changement. Les résistances en question résultent habituellement de l'exclusion des acteurs du processus de décision. Considérant ce fait, nous nous sommes donc préoccupés d'impliquer dès le début les intervenants concernés par l'orientation des infirmières nouvellement embauchées. Premièrement, parce qu'ils sont étroitement concernés par le changement compte tenu qu'ils vivront le changement et les résultats de celui-ci. Deuxièmement, nous croyons qu'une telle attitude place le changement en situation de réussite par le fait qu'il suscite une occasion réciproque d'apprendre suite aux échanges sur les attentes et besoins.

Nous avons donc débuté notre intervention par une sensibilisation des principaux acteurs concernés à la problématique existante en regard de l'absence d'un programme d'orientation pour les infirmières nouvellement embauchées, du projet d'en construire un, de le valider auprès d'eux, de le mettre à l'essai et d'en faire une évaluation. Les décideurs suivants furent rencontrés individuellement à la fin du mois de janvier 1994: la directrice des soins infirmiers et le directeur des ressources humaines. Le personnel d'encadrement de la direction des soins infirmiers soit: les chefs d'unité de soins (10), le chef de service de stérilisation et distribution et les conseillères de la direction des soins infirmiers (2) ont été sensibilisés lors d'une réunion des chefs d'unité de soins tenue en février 1994. Ensuite, les représentants syndicaux (2) et les membres de l'exécutif du conseil des infirmières et infirmiers (2) ont été rencontrés individuellement également en février 1994.

Lors des consultations internes, nous avons eu le souci de respecter la ligne hiérarchique car nous considérons que nous devons d'abord consulter les gens qui définissent les priorités, la vision et les orientations générales de l'organisation. Cette façon de procéder est, selon nous, un élément contributif au succès du changement dans un type d'organisation bureaucratique tel le CHRN, en produisant un effet de sensibilisation qui facilite la gestion des résistances au changement.

Étape 3- Recherche de solutions

A cette étape, le malaise est cerné, un consensus quant à la façon de voir des acteurs concernés est atteint, une grande importance est accordée aux personnes rencontrées parce que celles-ci sont directement reliées aux solutions possibles qui se répartissent selon deux critères: les souhaitables et les réalisables. La personne qui exécute la recherche-action prend la responsabilité de la répartition. Pour ce faire, elle consulte les acteurs concernés par la recherche de solutions.

Dans le cas présent, la chercheuse s'est d'abord préoccupée d'effectuer des consultations externes afin d'obtenir des modèles de référence pour la construction d'un canevas du programme et du carnet d'orientation. Des communications ont eu lieu avec des centres hospitaliers de vocation comparable au CHRN soit: Amos, Gaspé, Jonquière, La Sarre et St-Jérôme. Ceux-ci ont accepté d'acheminer les informations demandées à la chercheuse.

Le contenu des programmes d'orientation recensés laisse transparaître que malgré que le fonctionnement des centres hospitaliers soit relativement comparable, les conditions d'accès à l'emploi pour les infirmières nouvellement embauchées ne sont pas les mêmes dans les divers centres hospitaliers consultés. Cet aspect a été confirmé par des échanges téléphoniques avec les responsables de la période d'orientation. Certains embauchent des infirmières à temps complet ou à temps partiel pour des unités spécifiques ou pour des blocs prédéterminés d'unités. Les programmes d'orientation sont élaborés en conséquence. Ceci n'est pas le cas du CHRN où les infirmières doivent à 100% passer par la liste de disponibilité avant d'obtenir un remplacement spécifique sur une unité de soins.

D'autre part, l'infirmière désignée pour orienter la nouvelle infirmière sur les unités de soins est, pour quelques centres hospitaliers, clairement identifiée. Ainsi, il est possible de les former à leur rôle relativement à l'orientation afin d'assurer une continuité entre l'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers et celle des unités de soins. Ce n'est pas le cas au CHRN où la tâche d'orienter les nouvelles infirmières est dévolue à une des infirmières en devoir. Les infirmières détiennent majoritairement des postes de rotation. Ainsi, aucune infirmière des unités de soins n'est attirée de façon régulière à l'orientation et rien n'assure que ce sera la même deux jours consécutifs.

Parmi les programmes d'orientation reçus, la majorité des programmes faisait état des objectifs poursuivis par l'orientation, et des modalités de l'orientation. Le CH de St-Jérôme a même joint le contenu des journées de formation pour les infirmières-monitrices.

D'autres programmes présentaient également les responsabilités des acteurs. Tous les programmes étaient accompagnés d'une grille ou d'un carnet d'orientation où se retrouvaient les éléments à acquérir ou à réviser lors de la période d'orientation. Ainsi, un canevas du programme et du carnet d'orientation fut élaboré par la chercheure.

Ensuite, comme la pratique actuelle en formation au CHRN est de se baser largement sur le personnel d'encadrement pour identifier les besoins de formation, les chefs d'unité de soins et les conseillères à la direction des soins infirmiers furent rencontrés pour valider les éléments du contenu et les modalités (ratio/unité, quarts de travail) de l'orientation.

Les chefs d'unité constituent la plus importante délégation car nous considérons qu'ils sont les agents qui « s'imposent » avec le plus d'autorité et de compétence pour collaborer à cerner les besoins du programme d'orientation. En effet, ils connaissent les descriptions de fonction des infirmières, les normes de compétence, les objectifs de la direction des soins infirmiers et ceux de leur unité et peuvent identifier les besoins avec le personnel de leur unité.

Un plan d'entretien servait de guide à la chercheure. Celui-ci est joint à l'annexe quatre (4). L'entrevue semi-dirigée a permis à la chercheure de présenter la recherche, les objectifs du programme d'orientation et l'utilité du carnet d'orientation. Cette façon de faire rendait possible la vérification de l'interprétation des mots pour les interviewés et pour l'intervieweur. Elle a permis de s'assurer que la chercheure et l'intervenant parlaient le même langage.

De plus, il était spécifié lors de la rencontre qu'il ne s'agissait que d'un projet et que les chefs d'unité de soins devaient être à l'aise d'apporter toutes les suggestions et commentaires qu'ils jugeaient pertinents. Un délai de quatorze (14) jours était alloué pour le retour des recommandations et commentaires à inscrire sur le formulaire joint en annexe cinq (5). Le fait d'accorder un délai aux sujets avant de répondre laissait le temps à la réflexion et à une plus grande objectivité par rapport à leur unité. Ceci a permis, selon nous, d'anticiper les impacts du programme d'orientation et ainsi de fournir des informations plus complètes.

Toutes les personnes consultées ont retourné leurs commentaires et recommandations. La majorité des répondants ont fait mention qu'ils appréciaient qu'on ait le souci de les supporter et de les aider dans leur tâche relative à l'orientation.

Le programme et le carnet d'orientation se sont enrichis des recommandations. (Voir carnet modifié à l'annexe 6) Celles qui ne furent pas retenues ont été retournées à l'unité de soins car il s'agissait d'éléments trop spécifiques pour être intégrés à un programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers. Ces éléments sont cependant pertinents pour les unités concernées et une recommandation a été faite à l'effet qu'ils soient intégrés au programme d'orientation propre à l'unité. La validation des modalités (ratio, quart de travail rotatif) du programme d'orientation a été intégré au projet afin de connaître les attentes des chefs d'unité lors de l'orientation spécifique à leur unité. Ces informations sont essentielles pour l'élaboration des cédules d'orientation.

Comme la majorité des infirmières nouvellement embauchées au CHRN proviennent du collège de l'Abitibi-Témiscamingue, simultanément aux consultations effectuées auprès des centres hospitaliers et des chefs d'unité, des communications avec les représentants du département de soins infirmiers du dit collège ont permis de situer la chercheuse face aux apprentissages effectués avant l'arrivée des nouvelles graduées au CHRN. Cet établissement a fourni le carnet de techniques de soins des étudiantes en soins infirmiers. Cette consultation avait pour but de rendre les attentes envers les infirmières nouvellement embauchées réalistes c'est-à-dire de ne pas s'attendre à ce qu'elles exécutent des actes non appris ou non pratiqués.

Finalement, avant la mise en essai du programme d'orientation, celui-ci a été présenté au syndicat des infirmières du CHRN. Son approbation par le syndicat a permis d'activer la clause 39.03 (FIIQ, p. 223) où il est fait mention que lorsqu'un programme d'orientation existe et que la salariée y est assujettie, la durée de la période de probation est prolongée d'autant. Ce changement a sûrement eu comme conséquence de rendre les infirmières nouvellement embauchées plus à l'aise de se consacrer entièrement à l'acquisition des apprentissages et à la familiarisation avec le milieu par le fait que l'évaluation de la nouvelle infirmière s'effectuera maintenant à la fin de la période de probation. En effet, la durée de celle-ci s'additionne désormais à la période d'orientation. Ce changement donne la latitude suffisante pour permettre de séparer les deux interventions, soit l'évaluation de la période d'orientation et l'appréciation du rendement à des fins de probation.

Étape 4- Exécution

Pendant la mise à l'essai, afin d'ajouter une validation supplémentaire aux informations recueillies auprès des chefs d'unité et des infirmières nouvellement embauchées, une méthode différente a été utilisée pour contrebalancer la vision des personnes. Cette attitude a permis d'enrichir les informations recueillies. C'est pourquoi nous avons utilisé l'observation participante comme méthode supplémentaire de cueillette de données chez les infirmières nouvellement embauchées.

Dans l'observation participante, le chercheur est intégré à la vie des acteurs concernés par l'étude. Il recherche le plus d'informations possibles sur la situation étudiée. Ainsi, la chercheuse participait directement aux journées d'orientation spécifiques à la direction des soins infirmiers en supervisant la mise en oeuvre et en transmettant des informations. Elle vivait et échangeait de façon régulière avec les infirmières nouvellement embauchées. Lors de la période d'orientation spécifique sur les unités, la chercheuse recueillait des informations en provenance des infirmières nouvellement embauchées, lors des pauses-santé, lors de visites sur les unités ou lorsque celles-ci lui téléphonaient pour une problématique quelconque.

Deux groupes d'infirmières nouvellement embauchées constituent notre système-client. Les besoins ont été conceptualisés et seront analysés pour et avec elles. Nous devons cependant attendre leur embauche pour leur demander l'autorisation de les intégrer au projet d'élaboration et de mise à l'essai du programme d'orientation. Leur participation à l'élaboration se présentera sous forme d'appréciation du contenu et des modalités de la période d'orientation qu'elles vivront.

Le nombre d'infirmières embauchées varie selon les développements du CHRN, les démissions, les congés maternité, maladie, sans solde pour études, sans solde pour enseigner ou autres. Une consultation des cahiers de mouvements du personnel au CHRN a permis de donner une image du nombre d'embauches d'infirmières de 1978 à 1993:

1978	:	23
1979	:	46
1980	:	42
1981	:	34
1982	:	24
1983	:	41
1984	:	31
1985	:	33
1986	:	28
1987	:	15
1988	:	42
1989	:	22
1990	:	28
1991	:	15
1992	:	18
1993	:	19

Le plus grand nombre d'infirmières est embauché au printemps. Par les années antérieures, les infirmières n'étaient pas nécessairement regroupées au moment de leur embauche. Pour favoriser la mise à l'essai du programme d'orientation, les infirmières embauchées au printemps 1994 furent rassemblées en deux groupes. Le besoin en infirmières au printemps 1994 est modeste compte tenu des fermetures de lits résultant de la nécessité d'atteindre l'équilibre budgétaire en fin d'année financière.

1er groupe débutant fin avril 1994	:	3 infirmières
2 ième groupe débutant mi-mai 1994	:	8 candidates à l'exercice de la profession d'infirmière

Malgré le faible échantillonnage, nous pensons que les résultats peuvent être probants compte tenu de l'expérience antérieure que nous avons de l'orientation et que nous comptons poursuivre l'étude sur les prochaines cohortes à venir.

Étapes 5 - Évaluation

L'étape de l'évaluation vise essentiellement l'amélioration du produit. Pour ce, il importe de cerner l'écart entre le résultat souhaité et le résultat obtenu, il en va de même entre le cheminement souhaité et le cheminement réellement effectué. Les deux écarts ci-dessus mentionnés font surgir de nouveaux problèmes à analyser. Ces écarts paraîtront dans le chapitre portant sur l'analyse de l'élaboration et de la mise en essai du programme d'orientation.

Les écarts seront identifiés selon la différence existant entre "l'attendu désiré" qui est ce que l'on attend de l'infirmière pour accomplir une tâche donnée et les attitudes ou réalisations actuelles. En ce qui concerne le programme d'orientation, le rendement désiré est énoncé sous forme d'objectifs spécifiques (voir chapitre quatre (4)). Pour identifier les points à améliorer, nous départagerons ce qui appartient aux individus et ce qui est imputable à l'organisation. En effet, une discrimination sera faite entre deux types de lacunes:

- celles qui relèvent du savoir de la nouvelle infirmière
- celles qui sont attribuables aux vices de structure, aux imperfections du système, aux contraintes ou aux particularités du CHRN.

Cette identification des lacunes permettra de cerner les éléments qui peuvent être améliorés par la formation et les autres éléments qui trouveront leur solution parmi d'autres types d'intervention ex: remaniement de l'organisation des soins, spécification du rôle des intervenants en formation, etc. Après la classification des points à améliorer, les lacunes seront analysées pour en faire ressortir les causes, puis suggérer des recommandations qui faciliteraient la réalisation adéquate de la tâche. Une grille synthèse englobant les éléments d'analyse paraît à l'annexe neuf (9).

Après la mise à l'essai, nous avons pensé que de vérifier la concordance des données recueillies avant la mise à l'essai, avec la perception des infirmières nouvellement embauchées et celle des chefs d'unité suite à l'essai permettrait de mettre en évidence les améliorations souhaitées.

Par conséquent, chaque infirmière nouvellement embauchée fut rencontrée individuellement à la fin de la période d'orientation afin de recueillir le formulaire "Évaluation de la période d'orientation" joint en annexe huit (8), d'en discuter, et de vérifier les éléments suivants:

- appréciation des journées d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers
- vécu de l'orientation spécifique sur les unités de soins
- apprentissages effectués
- capacité d'organiser le travail en fonction des besoins des usagers
- rôle de l'infirmière dans l'équipe de soins
- utilité du carnet d'orientation
- suggestions d'amélioration du programme d'orientation

Quant aux chefs d'unité de soins, ils ont également été rencontrés individuellement six (6) mois après la mise à l'essai pour questionner:

- le rôle de l'infirmière dans l'équipe des soins
- les éléments favorables et les éléments nuisibles à l'orientation des nouvelles infirmières
- les résultats des modifications effectuées au processus d'orientation
- l'utilité du carnet d'orientation
- les suggestions d'amélioration du programme d'orientation

Le délai de six (6) mois après la recherche était voulu afin de laisser suffisamment de temps aux chefs d'unité d'observer les nouvelles infirmières au travail et conséquemment d'identifier les résultats obtenus par la mise à l'essai du programme d'orientation.

Les éléments d'évaluation sont légèrement différents s'il s'agit de l'infirmière nouvellement embauchée ou du chef d'unité. Ceci, afin d'identifier si les améliorations souhaitées relèvent de facteurs individuels ou organisationnels. En effet, les facteurs d'ordre organisationnel sont, en général, relativement flous pour l'infirmière nouvellement embauchée mais plus facilement identifiables par les chefs d'unité de soins et les facteurs individuels sont généralement plus précisément énoncés par les infirmières nouvellement embauchées.

Nous constatons qu'un écart existe entre le cheminement souhaité et le cheminement réellement effectué. En effet, nous aurions aimé valider davantage les outils élaborés soient le formulaire d'évaluation (annexe 8) et le carnet d'orientation (annexe 6) sur plusieurs groupes de nouvelles infirmières. Ceci aurait impliqué de consacrer plusieurs années à la présente recherche. Cependant, nous comptons poursuivre la validation et le perfectionnement de ces outils avec les cohortes à venir. De plus, un changement tel la mise à l'essai du programme d'orientation dans un milieu doit prendre en considération le contexte organisationnel existant. Celui-ci ne constitue que très rarement un terrain idéal. Il a donc fallu conjuguer avec la réalité actuelle et instaurer le changement de façon progressive, selon la capacité de cheminement du milieu.

Ainsi, les rôles plus ou moins définis en rapport avec l'orientation des nouvelles infirmières, les conditions d'accès à l'emploi au CHRN, le mode d'organisation du travail sur les unités de soins sont des facteurs organisationnels avec lesquels nous devons composer pour le moment et analyser, avec les personnes concernées, la possibilité de les adapter dans le futur afin de favoriser l'acquisition des éléments nécessaires à l'exercice de la profession par la nouvelle infirmière. Mais à cause des impacts que peuvent susciter des modifications à ces réalités, elles ne pourront s'effectuer qu'à moyen ou long terme.

CHAPITRE IV

PROGRAMME D'ORIENTATION SPÉCIFIQUE A LA DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS POUR LES INFIRMIÈRES NOUVELLEMENT EMBAUCHÉES AU CHRN

IV Programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers pour les infirmières nouvellement embauchées au CHRN

Au centre hospitalier de Rouyn-Noranda, l'usager « *est la base de notre fonctionnement et notre première priorité. C'est toujours lui qui nous guide dans nos actions, nos décisions et nos choix organisationnels* ». ⁽¹⁾

Une préoccupation constante de la direction des soins infirmiers est d'assurer des soins de qualité aux usagers. La compétence des infirmières constitue un élément important pour permettre l'atteinte de cet objectif.

Un élément favorisant l'accès à la compétence est un programme d'orientation adapté aux besoins de la nouvelle infirmière et au fonctionnement de l'organisation. Ce programme collabore également à développer, chez l'infirmière, un sentiment de sécurité face à la tâche à accomplir et un sentiment d'appartenance au CHRN.

Ainsi, le programme d'orientation présenté se veut un guide pour favoriser l'accueil, l'orientation et l'initiation au travail de la nouvelle infirmière. Les outils servant à épauler celle-ci dans ses apprentissages sont joints en annexe. Il s'agit du carnet d'orientation (annexe 6) et de la description de fonction (annexe 3). Ils se veulent dynamiques et changeants afin de s'adapter à l'évolution sans cesse croissante de la technologie et des soins infirmiers.

⁽¹⁾ Centre hospitalier Rouyn-Noranda, *Façonnons l'avenir*, orientation 1988-1993, p.14

4.1 **Résultat attendu**

Le résultat poursuivi par la mise en action du programme d'orientation est « *d'assurer à la direction des soins infirmiers une main d'oeuvre compétente pour lui permettre de poursuivre sa mission à l'intérieur du plan de développement de l'organisation et de stimuler la prise en charge de l'individu face à son développement personnel et professionnel.* »⁽¹⁾

4.2 **Valeur sous-jacente à la formation du personnel infirmier**

La formation du personnel prend diverses formes selon les milieux et les besoins. Au CHRN, les activités de formation se basent sur la politique de formation et de développement des ressources humaines. En bref, nous considérons la formation du personnel (dont fait partie les activités d'orientation) comme un processus continu et intégré qui permet à un employé d'acquérir des connaissances (savoir), de développer des habiletés (savoir-faire) et de raffiner des attitudes (savoir-être) nécessaires à l'exercice de ses fonctions actuelles ou éventuelles.

(1) Association des centres hospitaliers et centres d'accueils privés du Québec, *Manuel de gestion des soins infirmiers*, Bibliothèque nationale du Québec et du Canada, 1986, p. 615

4.3 Principes directeurs de l'orientation

L'orientation est plus qu'une brève introduction au milieu physique et aux principales politiques qui régissent la gestion du personnel. L'Ordre des infirmières et infirmiers (OIIQ, 1974) ⁽¹⁾ a souligné les aspects importants de l'orientation. Ce sont ceux-ci qui guideront notre action:

- Toute infirmière, qu'elle soit embauchée à temps complet ou à temps partiel, doit bénéficier d'un programme d'orientation à son travail; les expériences antérieures à titre de stagiaire, la cumulation des années d'expérience ne doivent nullement l'exclure de cette prérogative.
- Le programme d'orientation, tout en respectant les normes établies doit être individualisé. L'hétérogénéité des infirmières soumises à l'orientation, la nécessité de réduire l'anxiété puis de développer le sentiment d'appartenance au milieu postulent en faveur d'un programme individualisé.
- Les activités du programme d'orientation doivent être définies en regard de la vocation particulière du centre hospitalier et des besoins des infirmières qui viennent y travailler.

⁽¹⁾ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *L'orientation*, mai 1974, p. 3

- L'infirmière qui débute sur le marché du travail vit l'orientation comme une « phase d'initiation où elle prend sa propre mesure vis-à-vis d'elle-même et des exigences de la profession ». ⁽¹⁾ La période d'orientation doit collaborer à l'aider à découvrir ses aptitudes, ses habiletés et ses lacunes.

- Pendant la période d'orientation, l'infirmière est considérée comme personne supplémentaire dans l'unité où elle est affectée.

- L'apprenante ne doit pas avoir d'autres préoccupations que l'apprentissage. Elle doit avoir en main une liste des éléments à acquérir ou à parfaire dans le but de la guider dans ses apprentissages. Dans le cas du présent programme d'orientation, ces éléments se retrouvent dans le carnet d'orientation de l'infirmière joint en annexe six (6).

4.4 **Programme d'orientation spécifique à la direction de soins infirmiers**

Le programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers poursuit quatre (4) buts principaux soit:

- Familiariser à l'environnement humain et physique à la structure fonctionnelle, à tout ce qui caractérise le nouveau milieu et est immédiatement utile à l'infirmière.

⁽¹⁾ Bernard Jean-Louis, *L'éducation permanente de l'infirmier (ère)*, élaboration d'un modèle, AIPQ, nov. 1972, p. 10

- Assurer une prise en charge progressive des nouvelles tâches, fonctions et responsabilités inhérentes à la fonction d'infirmière.
- Développer le plus rapidement possible un sentiment d'appartenance chez l'infirmière.
- Comblent les besoins individuels d'apprentissage.

Les buts sont présentés par ordre d'importance décroissant. C'est ce qui explique l'importance des précisions apportées aux premiers buts par rapport aux autres.

1^{er} But: Familiariser à l'environnement humain et physique, à la structure fonctionnelle, à tout ce qui caractérise le nouveau milieu et est immédiatement utile à l'infirmière

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques (l'infirmière sera capable de ...)	Contenu	Durée	Personne ressource
1. Accueillir l'infirmière embauchée pour travailler à la direction des soins infirmiers	1.1 Nommer les membres du groupe d'orientation	- mot de bienvenu - présentation	15 minutes (durée variable tout dépendant de la grosseur du groupe)	Conseillère en formation
2. Situer l'infirmière en rapport avec les objectifs poursuivis par l'orientation	2.1 Exposer l'utilité de la période d'orientation et des activités inhérentes à celle-ci	- Principes directeurs de l'orientation - Objectifs, activités, horaire et contenu de l'orientation - Cédulas d'orientation spécifiques sur les unités - Utilité et contenu du carnet d'orientation (annexe 6) - Façon d'évaluer les apprentissages et le vécu de la période d'orientation - Remise du formulaire d'évaluation de la période d'orientation	30 minutes	Conseillère en formation
3. Faire connaître les orientations de la direction des soins infirmiers à l'infirmière	3.1 Être réceptive à la mission, la philosophie ainsi qu'aux objectifs de la direction de soins infirmiers 3.2 D'adopter les attitudes et les comportements qui sont prônées	- Mission, philosophie et objectifs de la direction des soins infirmiers - Organigramme de la direction des soins infirmiers - Clientèle à desservir - Modes de prestation des soins	30 minutes	Directrice des soins infirmiers
4. Faire connaître à l'infirmière les personnes et les documents de référence disponibles	4.1 Identifier les personnes ressources pertinentes au questionnement à résoudre 4.2 Consulter les outils de référence appropriés en faisant preuve d'initiative	- Rôle des membres de la direction des soins infirmiers, du syndicat, du comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières - Documents de référence: . Actes médicaux délégués . Méthodes de soins . Procédures . Politiques et règlements administratifs . Recueil des ressources communautaires	15 minutes	Conseillère en formation

1^{er} But: Familiariser à l'environnement humain et physique, à la structure fonctionnelle, à tout ce qui caractérise le nouveau milieu et est immédiatement utile à l'infirmière

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques (l'infirmière sera capable de ...)	Contenu	Durée	Personne ressource
5. Transmettre aux infirmières les modalités administratives nécessaires à son fonctionnement personnel et au fonctionnement de l'organisation.	5.1 Identifier les procédures de rappel	<ul style="list-style-type: none"> - Inscription sur la liste de disponibilité - Assignation des remplacements - Rôle de la technicienne en administration et de la coordonnatrice des activités de remplacement - Procédure de rappel 	45 minutes	Coordonnatrice des activités de remplacement et Technicienne en administration
	5.2 Se comporter de façon conforme avec la politique de gestion de la présence au travail en fournissant la prestation de travail attendue et en respectant les heures d'arrivée, de départ et de pause	<ul style="list-style-type: none"> - Politique de la gestion de la présence au travail (DRH-24) - Avis d'absence pour les employés de la direction des soins infirmiers - Horaire individuel de travail - Durée des pauses 	15 minutes	
	5.3 De remplir correctement sa fiche de présence au travail.	<ul style="list-style-type: none"> - Primes - Sous-service des unités - Code de motifs - Heures régulières supplémentaires et autres 	15 minutes	
	5.4 Identifier les attentes et de se comporter conformément au rendement attendu en période de probation	<ul style="list-style-type: none"> - Période de probation; durée et fonctionnement - Comportements attendus - Modalités de l'évaluation de l'employé en probation - Rôle des acteurs - Remise du formulaire d'évaluation 	15 minutes	

1^{er} But: Familiariser à l'environnement humain et physique, à la structure fonctionnelle, à tout ce qui caractérise le nouveau milieu et est immédiatement utile à l'infirmière

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques (l'infirmière sera capable de ...)	Contenu	Durée	Personne ressource
6.0 Renseigner l'infirmière sur les mesures préventives de la gestion des risques	6.1 Réaliser ses activités en respectant les législations et les politiques en santé-sécurité au travail en vigueur au CHRN, mais plus particulièrement à la direction des soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> - Législation sur les déchets biomédicaux - Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) - Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) - Politiques concernant la santé et sécurité au travail, soit: DRH-22: déclaration des accidents de travail DRH-29: Tenue vestimentaire DRH-43: Gestion de la prévention des accidents de travail 	1 jour + 30 minutes	agent de prévention
	6.2 Utiliser les mesures de protection mises à sa disposition	<ul style="list-style-type: none"> - Code 888 - Fonctionnement de l'équipe d'intervention physique 	15 minutes	
	6.3 Identifier les mesures d'urgence en cas de désastres internes et externes	<ul style="list-style-type: none"> - Codes de sinistre externe (222 et avalanche) et de sinistre interne (999, jaune et rouge) - Fonctionnement des panneaux indicateurs d'incendie - Utilité des panneaux magnétiques d'urgence présents sur les unités de soins 	15 minutes	Conseillère en appréciation de la qualité et gestion des risques (AQ/GR)
	6.4 Rapporter les situations à risque pour elle-même, ses collègues de travail, les usagers ou les visiteurs	<ul style="list-style-type: none"> - Façon de remplir et utilité des rapports d'accidents/incidents 	15 minutes	Conseillère AQ/GR

1^{er} But: Familiariser à l'environnement humain et physique, à la structure fonctionnelle, à tout ce qui caractérise le nouveau milieu et est immédiatement utile à l'infirmière

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques (l'infirmière sera capable de ...)	Contenu	Durée	Personne ressource
7.0 Apprivoiser les lieux physiques du CHRN et du centre d'accueil Youville	6.5 Accomplir ses tâches en respectant les dispositions légales en vigueur au CHRN	<ul style="list-style-type: none"> - Règlement sur l'utilisation des contentions - Législation concernant la garde en établissement - Loi relative au consentement aux soins et aux traitements - Obligations relatives à la confidentialité; politique DRH-09; engagement à la confidentialité 	30 minutes	Conseillère AQ/GR
	7.1 Situer les services et les unités et les assortir à la mission ou au fonctionnement qui leur sont propres	<ul style="list-style-type: none"> - Visite du CHRN - Localisation et fonctionnement des services logistiques tels: laboratoire, radiologie, électrocardiographie, pharmacie, inhalothérapie, physiothérapie, approvisionnement, bureau des salaires, diététique, buanderie, etc. 	60 minutes	Conseillère en formation
			<ul style="list-style-type: none"> - Visite du centre d'accueil Youville, valeurs sous-jacentes et fonctionnement 	60 minutes

2^{ème} But: Assurer une prise en charge progressive des nouvelles tâches, fonctions et responsabilités inhérentes à la fonction d'infirmière

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques (l'infirmière sera capable de ...)	Contenu	Durée	Personne ressource
1. L'infirmière distingue les fonctions à accomplir et les responsabilités qui lui sont dévolues	1.1 D'assumer pleinement son rôle et d'assumer ses responsabilités dans l'équipe de soins conformément à la description de fonctions	- Description de fonction des unités de soins où travaillera l'infirmière - Responsabilités des intervenants présents sur l'unité de soins	15 minutes	Conseillère en formation
	1.2 Appliquer ou faire appliquer les mesures de prévention des infections en concordance avec les normes adoptées au CHRN.	- Composition et rôle du comité de prévention des infections - Déclaration d'infection - Techniques d'isolement et précautions universelles	30 minutes	Conseillère en évaluation de la qualité des soins
	1.3 Organiser son travail de manière à répondre aux besoins prioritaires des usagers	- Plan d'action du PAMAC (plan d'action pour le maintien et l'amélioration de la compétence) - Objectifs en rapport avec les recommandations du conseil canadien d'agrément - Objectifs en regard de la prévention des risques chez l'usager	30 minutes	Conseillère en évaluation de la qualité des soins
2. L'infirmière est renseignée sur les appareils utilisés au CHRN	2.1 Utiliser de façon sécuritaire pour elle et les usagers, les appareils à sa disposition	- Manipulation de divers appareils tels: thermomètre électronique, pompes volumétriques, mini perfuseurs, pca portatif, pca mobile, glucomètre, appareil automatique pour prise de tA, saturomètre à oxygène, moniteur cardiaque	4 heures (ou plus si les employés nouvellement embauchés n'ont aucune connaissance des appareils utilisés)	Formateur désigné
	2.2 Utiliser les appareils de surveillance pour l'état cardiaque, de l'usager et d'identifier les modalités intervention en situation d'urgence	- Fonctionnement de l'équipe à code 777 - Code 777 (réanimation cardio-respiratoire) - Fonctionnement et mise en place des électrodes - Tracé normal - Surveillance et installation de la télémétrie (DSI-39)		

2^{ème} But: Assurer une prise en charge progressive des nouvelles tâches, fonctions et responsabilités inhérentes à la fonction d'infirmière

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques (l'infirmière sera capable de ...)	Contenu	Durée	Personne ressource
3.0 L'infirmière est renseignée sur les formulaires utilisés au CHRN	3.1 Identifier la raison d'être et utiliser au besoin les formulaires et requêtes présents sur les unités de soins et au dossier de l'utilisateur et ce, conformément aux procédures établies	<ul style="list-style-type: none"> - Feuilles au dossier de l'utilisateur - Présentation, raison d'être et utilisation des requêtes des différents services - Commandes de médicaments et préparation du panier à pharmacie 		
4.0. L'infirmière est renseignée sur le fonctionnement des transferts inter-hospitaliers	4.1 Préparer et effectuer les transferts inter-hospitaliers conformément à la procédure en vigueur	<ul style="list-style-type: none"> - Différents modes de transport - Responsabilités, ressources et rémunération de l'escorte - Préparation de l'utilisateur - Système d'évacuation aéromédicale du Québec (EVAQ) - Physiologie du transport aérien des usagers 	30 minutes	Coordonnatrice activités
5.0. L'infirmière reçoit l'enseignement nécessaire à l'utilisation du logiciel SISSI	5.1 Utiliser adéquatement les fonctions du logiciel SISSI (Système d'information sur les soins et le service infirmier) selon les fonctions inhérentes à son titre d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> - Lien du logiciel SISSI avec les autres logiciels du CHRN - Respect de la confidentialité - Utilisation du tactile et du clavier - Fonctions aux menus et boutons au bas de l'écran - Activités offertes à l'écran - Localisation et modification des données - Impression d'un plan de soins - Création, modification et annulation d'une requête de radiologie ainsi que lecture du résultat à l'écran - Procédures informatiques 	2 jours	Infirmière monitrice du projet SIRACDOF (Système d'information reliant les activités cliniques aux données opérationnelles et financières) ou formateur désigné

3^{ème} But: Favoriser, le plus rapidement possible, le sentiment d'appartenance chez l'infirmière

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques (l'infirmière sera capable de ...)	Contenu	Durée	Personne ressource
1. Développer le sentiment d'appartenance chez la nouvelle infirmière	1.1 Associer la qualité de l'accueil et le sentiment de bien-être	- Adoption d'attitudes d'accueil, d'entraide et de disponibilité lors des contacts avec les nouvelles infirmières		Toutes les personnes ressources et intervenants
	1.2 S'identifier et s'intégrer à l'équipe de soins des unités	<ul style="list-style-type: none"> - Présentation des infirmières-chefs des unités de soins - Présentation brève du fonctionnement des unités de soins - Accueil et orientation spécifique aux unités de soins - Présentation du personnel de l'unité 	<p>30 minutes</p> <p>2 quarts de travail/unité</p>	<p>Infirmières-chefs</p> <p>Infirmière chef d'unité ou personne désignée par celle-ci</p>

4^{me} But: Comblent les besoins individuels d'apprentissage

Objectifs généraux	Objectifs spécifiques (l'infirmière sera capable de ...)	Contenu	Durée	Personne ressource
1. Répondre aux besoins spécifiques de l'infirmière en matière d'orientation au travail	1.1 Énoncer l'écart entre ses savoir, savoir-être et savoir-faire et ceux attendus par le CHRN	- Adaptation des activités et contenus de l'orientation aux besoins individuels	Variable	Conseillère en formation
Cet objectif permet d'adapter le contenu aux besoins individuels de la nouvelle infirmière et d'insister davantage sur certaines dimensions selon les besoins identifiés.				

4.5 **Projet d'horaire des activités**

Nous avons pensé élaborer un projet d'horaire des activités de l'orientation. Vous retrouverez ce projet en annexe sept (7). Il présente la séquence chronologique des activités et l'importance du temps à consacrer à chacun des éléments. Une contrainte possible peut être la disponibilité des personnes ressources. Quant au choix des moyens pédagogiques, du matériel et des activités, il est laissé à la discrétion de la personne ressource.

4.6 **Responsabilité des acteurs**

Il existe une responsabilité partagée de l'orientation de l'infirmière nouvellement embauchée aux soins infirmiers. Les quatre principales instances concernées sont:

- la direction des ressources humaines
- la direction des soins infirmiers
- les unités de soins
- l'employé

Direction des ressources humaines

La responsabilité de la direction des ressources humaines débute à la phase du recrutement, se poursuit avec l'embauchage et ensuite l'accueil.

L'infirmière reçoit une somme d'informations générales sur l'organisation, ses conditions de travail, les services offerts aux employés.

Direction des soins infirmiers

La conseillère en formation aide l'infirmière à identifier les besoins individuels d'orientation. Elle est responsable du contenu et des modalités du programme d'orientation aux soins infirmiers et elle sert de point de repère et de facilitateur à l'infirmière en orientation.

L'infirmière reçoit les informations générales sur le fonctionnement de la direction des soins infirmiers, les politiques de santé-sécurité au travail, sa description de fonction, le fonctionnement de la liste de disponibilité, le plan de désastre, etc.

Unités de soins

Les unités de soins permettent à l'infirmière de bénéficier d'un milieu d'apprentissage. Elles assument une fonction éducative favorisant chez la nouvelle infirmière une prise en charge progressive du travail.

L'infirmière reçoit les informations sur le fonctionnement de l'unité et sur les fonctions et tâches inhérentes à son emploi.

La nouvelle infirmière

La nouvelle infirmière a la responsabilité de faire les démarches nécessaires pour acquérir la compétence nécessaire à l'accomplissement de ses fonctions. Un carnet d'orientation est d'ailleurs remis à l'infirmière nouvellement embauchée à son arrivée aux soins infirmiers.

Il comprend une liste d'éléments à acquérir ou parfaire pendant la période d'orientation. Ceci permet à l'employée de situer son cheminement face aux apprentissages connus et ceux à effectuer.

4.7 **Frais reliés à l'orientation**

Le CHRN doit assumer les frais pédagogiques (préparation et transmission du contenu) et le salaire de la nouvelle infirmière.

Pour obtenir rémunération, l'infirmière en orientation doit inscrire sur sa fiche de présence, le sous-service 6001 et le code de motif A4. Ce code est un indicateur permettant de distinguer les heures régulières travaillées des heures de formation.

4.8 **Modalités de l'orientation**

Les modalités de l'orientation dont il est question ici relèvent de la durée et du nombre d'infirmières en orientation qu'une unité de soins peut recevoir.

4.81 Durée

Infirmière sans expérience et candidate à l'exercice de la profession infirmière

Une infirmière sans expérience est une infirmière qui n'a jamais travaillé comme infirmière.

Une candidate à l'exercice de la profession infirmière (CAPI) est une personne qui a terminé son cours d'infirmière mais qui est en attente de son permis de pratique.

Accueil et orientation générale: 5 jours

Orientation spécifique : 2 services de 7.25 heures par unité où elle est disponible pour travailler. Les (sur les unités de soins) unités de médecine, maternité-gynéco et chirurgie désirent que les infirmières soient orientées de jour et de soir. Un quart de travail de nuit est suffisant et cédulé de préférence en médecine ou en chirurgie. Des journées consécutives sont désirées. Les journées les plus favorables pour l'orientation sont les mardi, mercredi et jeudi.

4.82 Ratio d'infirmières en orientation/unité de soins

Certaines unités de soins ne peuvent accueillir qu'un nombre restreint de personnel en orientation à cause de l'exiguïté des lieux ou de leur spécialité. Le tableau suivant présente le ratio maximal d'infirmières en orientation par unité de soins.

Ratio maximal d'infirmière en orientation/unité de soins

Unités	Jour	Soir	Nuit
Salle d'urgence	1	1	1
Soins intensifs	1	1	1
Gynéco-obstétrique	2	1	1
Pouponnière	1	1	1
Médecine	2	1	1
Chirurgie	2	1	1
Soins de longue durée	2	1	1
Pédiatrie	1	1	1
Psychiatrie	1	1	1
Centre d'accueil Youville	2	1	1

4.9 Évaluation de l'orientation

Dans le but d'ajuster le programme d'orientation de façon continue, une évaluation de la période d'orientation doit être effectuée par la nouvelle infirmière et par le nouvel employeur.

Le formulaire d'évaluation, joint en annexe huit (8), permettra de connaître le vécu du nouvel employé lors de la période d'orientation, ainsi que ses suggestions pour l'améliorer. Celui-ci est remis à la conseillère en formation à la fin de la période d'orientation. De plus, une évaluation du cheminement des apprentissages est effectuée à l'aide du carnet d'orientation (annexe 6). Son utilité est de situer par rapport aux éléments acquis ou non acquis. Il est également remis à la conseillère en formation à la fin de la période d'orientation. De plus, une évaluation de la période d'orientation doit être faite par le personnel d'encadrement de la direction des soins infirmiers, en collaboration avec leurs employés six (6) à douze (12) mois après la période d'orientation. Elle permettra de vérifier le support organisationnel apporté à la nouvelle infirmière, son intégration à sa fonction, au milieu et à l'équipe, ainsi que la qualité des soins dispensée aux usagers. Elle portera sur les éléments suivants:

a) *Chances de réussite au travail*

- Exigences de l'emploi vs compétence de l'infirmière
- Représentation du rôle

b) *Insertion dans le milieu et intégration professionnelle*

- Confiance et affirmation de soi
- Intégration à l'équipe de travail

c) *Sentiment d'appartenance*

- Intégration des normes et valeurs de la direction des soins infirmiers
- Acceptation par le milieu

d) *Prévention des risques*

- Plaintes des usagers
- Accidents - incidents
- Qualité des soins aux usagers

e) *Éléments organisationnels*

- Conditions d'accès à l'emploi
- Soutien à l'infirmière nouvellement embauchée
- Rôles des acteurs en regard de l'orientation
- Besoin de formation des personnes ressources
- Fonctionnement des unités

Nous pensons que le programme d'orientation présenté répond aux dimensions les plus importantes à couvrir en regard de l'adaptation de la nouvelle infirmière à son milieu de travail. Nous avons essayé d'organiser les éléments qui nous semblaient fondamentaux (les 4 buts) de façon à être capables d'adapter le contenu sur mesure, en fonction des besoins individuels et des changements organisationnels et technologiques. Le chapitre suivant présentera les résultats et l'analyse de la mise en essai du programme d'orientation.

CHAPITRE V

RÉSULTATS ET ANALYSE DE LA MISE A L'ESSAI DU PROGRAMME D'ORIENTATION

V Résultats et analyse de la mise à l'essai du programme d'orientation

Tel qu'explicité précédemment, le vécu des infirmières nouvellement embauchées par rapport à la mise à l'essai du programme d'orientation fut recueilli de deux façons; premièrement, par écrit sur le formulaire "Évaluation de la période d'orientation par l'employé" et deuxièmement par évaluation verbale pendant et à la fin de la période d'orientation. Quant aux commentaires des chefs d'unité, ils furent recueillis par entrevue semi-dirigée six mois après la mise à l'essai du programme d'orientation.

Le rôle des infirmières soignantes du CHRN face à l'orientation des nouvelles infirmières n'étant pas bien défini, nous ne les avons pas impliquées directement. Cependant, nous pensons que l'évaluation de la mise à l'essai du programme d'orientation a fait l'objet d'échanges entre les infirmières des unités et leur chef. Nous avons regroupé le point de vue des infirmières nouvellement embauchées selon les catégories suivantes:

- l'appréciation générale de l'orientation
- l'apport de l'orientation du point de vue professionnel
- l'accueil et l'orientation reçus sur les unités de soins
- l'utilité du carnet d'orientation
- la perception qu'elles ont du rôle de l'infirmière dans l'équipe de soins
- les suggestions.

et le point de vue des chefs d'unité de soins par rapport à:

- l'utilité du carnet d'orientation
- le rôle et les responsabilités de l'infirmière dans l'équipe de soins
- les éléments nuisibles à l'orientation
- la nécessité d'orienter la nouvelle infirmière sur les trois quarts de travail
- les résultats de la mise à l'essai du programme d'orientation
- autres suggestions et commentaires

5.1 **Point de vue des infirmières nouvellement embauchées**

Le point de vue des infirmières nouvellement embauchées sera catégorisé selon les questions auxquelles elles ont répondues. Le titre de chacune des sections en synthétise l'élément important.

a) *Appréciation générale de l'orientation*

A la question; "est-ce que l'information et l'orientation générale des premières journées ont répondu à tes attentes et à tes besoins?", les infirmières sont unanimement d'accord que l'information et l'orientation générale des premières journées ont répondu à leurs attentes et besoins. Cependant, malgré qu'elles aient montré majoritairement leur accord au moment de l'évaluation écrite, lors de l'évaluation verbale, les infirmières suggèrent des améliorations à l'orientation. Elles sont, par ordre décroissant:

- Spécifier ce qu'il faut faire exactement en cas de code: rôle de l'infirmière, fonctionnement du défibrillateur, médication à donner.
- Insister davantage sur le relevé d'ordonnances médicales .
- Préciser le rôle de l'assistante infirmière-chef.

- Montrer les spécificités d'administration de l'oxygène chez les enfants et les nouveaux-nés.
- Montrer l'utilisation du réflectomètre Accucheck III.
- Enlever les appareillages connus ex: réflectomètre "Accutrend".

b) *Apport du point de vue professionnel*

La période d'orientation générale et spécifique a apporté aux nouvelles infirmières par ordre décroissant:

- augmentation des connaissances
- amélioration de l'exécution technique
- connaissance des routines d'unité
- intégration à l'équipe de soins
- assurance et confiance en soi
- connaissance du personnel
- préparation psychologique au travail futur
- connaissance du fonctionnement des équipements
- connaissance du fonctionnement global du CHRN
- savoir mieux établir les priorités
- augmentation du sens des responsabilités et du sens critique
- connaissance des gestionnaires

c) *Accueil et orientation reçus sur les unités de soins*

En général, l'accueil est satisfaisant. L'exception se retrouve particulièrement chez les infirmières des unités qui mentionnent clairement qu'elles n'aiment pas orienter ou qui le laisse transparaître par une attitude froide ou désintéressée.

Pour ce qui concerne l'orientation, par ordre décroissant, nous remarquons que l'infirmière nouvellement embauchée:

- n'est pas toujours mise au courant du fonctionnement de l'unité, la mission, les objectifs, les lieux physiques et les outils de référence. Elle rapporte alors vivre de l'insécurité reliée au fait qu'elle doive "quêter" l'information nécessaire à la tâche.
- est parfois orientée par d'autres types de professionnels que des infirmières soit: infirmières-auxiliaires, puéricultrices ou préposés aux bénéficiaires.
- rapporte que la présence d'étudiants sur les unités nuit à l'orientation.
- a été quelques fois orientée par du personnel qui n'était pas habitué sur l'unité en question.
- a remplacé du personnel régulier dans certains cas.
- considère que l'orientation sur l'unité de soins de longue durée est bien structurée.

La seule infirmière qui provenait d'un centre hospitalier autre et qui avait également effectué ses stages dans un centre hospitalier autre que celui de Rouyn-Noranda mentionne qu'il est étourdissant et difficile de changer d'unité à tous les deux jours pour une infirmière qui ne connaît pas le centre hospitalier.

Nous sommes effectivement conscients de l'ampleur de la tâche d'effectuer ces nombreuses acquisitions pour toutes les infirmières nouvellement embauchées et plus particulièrement pour celles qui n'ont pas eu l'opportunité de se familiariser avec le CHRN lors de leurs stages.

d) *Utilité du carnet d'orientation*

Une forte majorité des infirmières nouvellement embauchées ont trouvé le carnet utile comme référence et particulièrement pour les spécificités des unités. Quelques-unes préfèrent se référer directement aux infirmières de l'unité, car elles considèrent que celles-ci sont les plus aptes à les renseigner.

e) *Rôle de l'infirmière dans l'équipe de soins*

Les infirmières nouvellement embauchées ne sont majoritairement pas capables de situer leur rôle par rapport aux autres professionnels de l'équipe de soins, entre autre par rapport à l'infirmière auxiliaire.

f) *Suggestions*

Les suggestions reçues ont été divisées par thèmes et sont présentées par ordre décroissant:

Quarts de travail:

- Effectuer une rotation de chacun des quarts de travail sur une unité afin de connaître les routines et les différences de travail à chacun des quarts.

Durée:

- Augmenter le nombre de jours d'orientation sur les unités où il n'y a pas de stage durant le cours de base telles: unité des soins intensifs, salle d'urgence et pouponnière.
- Augmenter la durée de l'orientation spécifique aux unités à trois (3) jours par unité.

Présence d'étudiants:

- Ne pas orienter quand il y a des étudiants en stage sur les unités. Le roulement normal de l'unité est moins observable et les usagers avec particularités intéressantes sont réservés aux étudiants.

g) *Commentaires*

Les commentaires sont également divisés par thèmes et présentés par ordre décroissant:

Organisation des soins:

Certaines nouvelles infirmières mentionnent qu'elles ont aimé travailler en équipe à cause du morcellement des tâches et de la non imputabilité des oublis.

Modèle de rôle:

Une infirmière mentionne qu'elle s'est fait dire par une infirmière de l'unité qui l'initiait qu'aller se présenter aux usagers, ce n'était que des "niaiseries" qui étaient faites seulement pendant le cours d'infirmière.

Nombre d'usagers:

Une infirmière mentionne que c'est trop de donner cinq (5) usagers à une nouvelle infirmière.

5.2 **Point de vue des chefs d'unité de soins**

Le point de vue des chefs d'unité de soins a été recueilli par rapport à des éléments ayant de l'importance pour eux et pouvant influencer l'atteinte des objectifs de la période d'orientation. Les résultats sont, encore une fois, présentés en ordre décroissant de fréquence des réponses reçues en rapport avec l'observation rapportée et chaque titre de section en synthétise l'élément important.

a) *Utilité du carnet d'orientation*

- Aide à collaborer au cheminement de la nouvelle infirmière et à lui offrir l'opportunité de compléter ses apprentissages si les situations se présentent.
- Responsabilise et stimule les nouvelles infirmières.

Cependant, les chefs d'unité de soins mentionnent qu'une minorité des nouvelles infirmières leur présentait le carnet d'orientation. Elles désirent que l'utilisation de cet outil se poursuive car à force de l'utiliser, elles se familiariseront avec son fonctionnement et sauront comment s'en servir.

b) *Rôle et responsabilités de l'infirmière dans l'équipe de soins*

Ici, nous avons vérifié avec les chefs d'unité si les infirmières détentrices de poste sur leur propre unité de soins connaissent leur rôle et leurs responsabilités afin de vérifier si elles constituent un modèle pour les nouvelles infirmières. La perception des chefs d'unité de soins se divise en deux points de vue différents selon la modalité de prestation de soins présente sur l'unité.

Règle générale, le soin global est présent sur les unités de soins spécialisés et le soin intégral sur l'unité de psychiatrie. Selon les chefs de ces unités, leurs infirmières semblent bien connaître leur rôle et responsabilités. Cependant, ceux-ci apprécieraient que les infirmières se mobilisent davantage pour atteindre les objectifs fixés par le CHRN ou par les unités de soins. Il est à noter que sur les unités spécialisées, les infirmières constituent la majorité et souvent même, le seul type de professionnel présent sur l'unité.

En contrepartie, sur les unités où les soins ont un volet plus général et où il existe d'autres types de professionnels tels les infirmières-auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires, l'infirmière a de la difficulté à se situer et à prendre la place qui lui revient. Selon les chefs d'unité, la culture existante dans le CHRN a fait que les autres types de professionnels ont pris beaucoup de place. L'infirmière subit des pressions importantes de ces corps d'emploi et se sent confinée à une tâche d'exécutante. Si elle joue vraiment son rôle ou ose prendre sa place, elle se fait vite décourager par les infirmières-auxiliaires, les préposés aux bénéficiaires ainsi que par ses propres collègues infirmières qui se rallient à la majorité pour ne pas être tenues à l'écart. Ceci se traduit par des attitudes qui passent d'une fin de non recevoir à des communications orageuses. Ces situations s'avèrent difficiles à vivre. Ainsi, celles-ci se conforment, changent d'unité, obtiennent des absences maladie ou abandonnent la profession d'infirmière soignante en centre hospitalier.

Les pressions subies par l'infirmière ont généralement comme conséquence, que l'infirmière se limite à exécuter des interventions et, s'il lui reste du temps, elle remplira sa fonction d'infirmière comportant la planification, le contrôle, la continuité des soins et l'enseignement à l'usager ou à ses proches.

c) *Éléments nuisibles à l'orientation*

Les éléments qui s'avèrent nuisibles à l'orientation sont, selon le point de vue des chefs d'unité de soins, en ordre décroissant:

- Durée d'orientation insuffisante par unité.
 - Taux d'occupation de l'unité élevé, jumelé à une importante intensité de soins. A ce moment, le personnel de l'unité a moins de disponibilité pour aider la nouvelle infirmière à s'intégrer et à effectuer des apprentissages.
 - Présence d'étudiants sur l'unité limite les possibilités d'apprentissage.
 - Personnel qui n'a pas les aptitudes, ni le goût d'orienter les nouvelles infirmières.
 - Attitude de la nouvelle infirmière. Celles qui demandent des informations et qui font preuve d'initiative semblent s'adapter plus facilement. Au contraire, celles qui ne questionnent pas ou qui semblent au-dessus de leurs affaires s'intègrent plus difficilement et sont plus à risque d'erreurs et d'accidents.
- d) *Nécessité d'orienter la nouvelle infirmière sur les trois quarts de travail (jour, soir et nuit)*

Majoritairement, les chefs d'unité de soins mentionnent qu'il est souhaitable d'orienter sur les trois quarts de travail si la personne est disponible pour travailler sur les trois quarts de travail. La raison est que les routines et souvent même le fonctionnement de l'unité sur les trois quarts sont différents.

A l'unanimité, les chefs d'unité mentionnent que si l'orientation ne se fait que sur un quart de travail, il faut orienter de jour. D'une part, l'éventail des traitements particuliers et des activités spécifiques surviennent de jour et d'autre part, il y a plus de personnel de jour. Les chefs d'unité sont d'avis que l'orientation sur le quart de nuit n'habilite pas l'infirmière pour fonctionner sur les quarts de jour et de soir.

e) *Résultat de la mise à l'essai du programme d'orientation*

La majorité des chefs considèrent que les modifications apportées à l'orientation ont sûrement eu des résultats positifs, mais qu'il est difficile d'en identifier le degré et de les relier seulement à l'orientation.

f) *Suggestions et commentaires*

Les suggestions et commentaires provenant des chefs d'unité sont nombreux. Ils ont été regroupés par thèmes et présentés par ordre décroissant.

Durée d'orientation:

- Les jours d'orientation sur une même unité devraient être consécutifs. Ceci permettrait un meilleur suivi. La première journée, la nouvelle infirmière effectue des apprentissages et la deuxième journée, du travail sous supervision.
- Une orientation de deux (2) jours ne permet pas une prise en charge et un suivi de l'utilisateur. Le service-client n'est pas assuré sur les unités où la continuité des soins est importante (ex: psychiatrie).

Outils de référence:

- Aviser les nouvelles infirmières d'apporter leur carnet d'orientation avec elles.
- Montrer les outils de référence tels: cartables de procédures, d'actes médicaux délégués, de méthodes de soins ...

Vécu:

- Les chefs d'unité mentionnent qu'elles sont conscientes que le fonctionnement actuel de l'orientation demande une capacité d'adaptation élevée de la part de la nouvelle infirmière, un investissement financier important de l'organisation, pour en fait n'obtenir qu'un résultat mitigé.
- Le fait d'être orientées sur plusieurs unités et quarts de travail rend les nouvelles infirmières nerveuses et ne favorise pas qu'elles acquièrent de la confiance en elles.

Infirmières en provenance de l'extérieur:

- Il y aurait lieu de regrouper les infirmières formées ici et celles formées ailleurs. Mettre une emphase à adapter l'orientation aux infirmières qui arrivent d'ailleurs car leurs apprentissages sont plus nombreux.
- Si la nouvelle infirmière provient de l'extérieur ou si elle a effectué ses stages dans un autre centre hospitalier, une orientation de moins de cinq (5) jours n'est pas valable. Elle devrait bénéficier de deux (2) jours, deux (2) soirs et une (1) nuit par unité de soins.

Processus d'orientation:

- On remarque une différence entre le fonctionnement et l'intégration de l'infirmière au début et à la fin de la période d'orientation. En effet, une nette progression est à signaler au niveau de l'organisation du travail et de la quantité d'usagers dont est capable de s'occuper la nouvelle infirmière.

- Il serait plus pertinent d'orienter les candidates à la profession d'infirmière plus près du moment où elles pourront exercer entièrement la profession d'infirmière.
- Il serait intéressant d'avoir une monitrice de référence sur le terrain pour les nouvelles qui éprouvent des difficultés. Ceci permettrait à celles-ci d'atteindre de meilleurs résultats lors de leur orientation et éviterait une charge supplémentaire aux infirmières de l'unité.

Communication avec le chef d'unité:

- Les chefs d'unité de soins veulent connaître les nouvelles infirmières. Elles veulent les voir en orientation de jour et constater ce qu'elles sont capables de faire.
- Les chefs d'unité désirent que la nouvelle infirmière s'adresse à eux lors de leur arrivée sur l'unité afin de pouvoir échanger sur leurs attentes réciproques.

Fonctionnement de la liste de disponibilité:

- Souvent, les candidates et les infirmières nouvellement embauchées ne retournent pas sur l'unité avant quelques semaines voire quelques mois. Les acquisitions sont oubliées. Les chefs questionnent la pertinence de l'orientation pour ces infirmières.
- Lorsque les chefs font une demande de surplus ou de remplacement et qu'elles constatent que c'est une candidate ou une infirmière non habituée sur l'unité, elles en demandent deux ou exigent du personnel habitué sur leur unité, même si elles doivent payer du temps supplémentaire et ce, afin d'offrir un service de qualité aux usagers.

- Les chefs désirent avoir une banque de personnel habitué. Ils suggèrent de donner les remplacements toujours aux mêmes infirmières de la liste de disponibilité.
- Une suggestion est faite à l'effet que l'infirmière qui débute sur la liste de disponibilité commence sur un nombre limité d'unité (3) et qu'elle devienne fonctionnelle et expérimentée sur ces unités d'abord. Ensuite, lui offrir d'étendre sa disponibilité graduellement ex: une (1) unité à tous les trois (3) mois et mettre les consignes claires à l'embauche.

Généralités:

- L'exécution rapide et l'acquisition de dextérité sont longues à acquérir lorsque les infirmières n'exécutent pas une action assez souvent.
- Les nouvelles infirmières semblent mettre beaucoup d'emphase à maîtriser la haute technologie et négligent les interventions usuelles ex: les pansements.
- Mettre de l'emphase sur le savoir-être.

5.3 **Analyse des résultats**

L'analyse des résultats obtenus par la mise à l'essai du programme d'orientation vise à identifier les écarts obtenus entre la situation réelle et la situation attendue. Cette dernière est identifiée par les objectifs spécifiques du programme d'orientation et la situation réelle par l'évaluation de la mise à l'essai du programme d'orientation. Nous traiterons seulement les éléments présentant un écart.

La présentation de l'analyse des résultats se particularise par une distinction entre deux types de lacunes:

- 1) celles qui relèvent du savoir, savoir-être et savoir-faire de la nouvelle infirmière (lacunes individuelles)
- 2) celles qui sont attribuables aux singularités ou aux contraintes du CHRN (lacunes organisationnelles)

Cette identification des lacunes permettra de dresser une liste d'éléments qui peuvent être améliorés par la formation (lacunes individuelles) et des autres éléments qui trouveront leur solution parmi d'autres types d'interventions (lacunes organisationnelles). L'analyse des lacunes organisationnelles permettra de ressortir les causes pour finalement suggérer des recommandations qui faciliteraient l'atteinte des résultats attendus.

Lacunes individuelles:

D'abord, les suggestions d'amélioration apportées par les infirmières nouvellement embauchées et par les chefs d'unité montrent qu'il y a lieu de compléter ou de modifier certains éléments. Ceux-ci consistent, entre autres, à spécifier le rôle de certains intervenants ainsi que des procédures d'intervention et d'exécution tels l'utilisation d'appareillage, le relevé d'ordonnances médicales ...

Ensuite, on remarque que le programme d'orientation est une initiative qui apporte d'heureux résultats. En effet, la connaissance des facteurs de l'environnement du CHRN a permis aux infirmières d'acquérir de la confiance en elles-mêmes et d'avoir une conduite en concordance avec les attentes du CHRN. Elles se considéraient préparées à faire face au vécu des unités. Ceci est l'amorce d'un cheminement à poursuivre dans l'intégration des valeurs prônées par l'A.H.Q. soit de considérer l'employé comme une personne avant de la considérer comme une ressource.

Lacunes organisationnelles

Dans la situation analysée, plusieurs lacunes organisationnelles transparaissent. Tout d'abord, il semble évident que la présence de stagiaires sur l'unité de soins nuit à l'orientation. Cet aspect est mis en évidence à la fois par les chefs d'unités et par les infirmières nouvellement embauchées.

Ensuite, nous pouvons remarquer que là où le processus actuel est peu favorable à l'apprentissage, c'est l'alternance rapide des unités et la courte durée de l'orientation sur chacune des unités de soins (2 jours). La première journée sert à l'orientation générale à l'unité et la deuxième journée, au travail sous supervision. Ainsi, les nouvelles infirmières n'ont que le temps d'effectuer un survol du fonctionnement et de la structure des unités pendant la période d'orientation. Cependant, elles devront faire face aux responsabilités qu'incombe la tâche d'infirmière dès leur début sur la liste de disponibilité car parfois elles sont appelées à remplacer l'assistante infirmière-chef de soir ou de nuit et sont conséquemment responsables de coordonner et superviser les soins de tous les usagers de l'unité.

Cet aspect est différent pour les candidates à la profession infirmière qui ne peuvent pas prendre la responsabilité d'une unité et doivent pratiquer sous supervision tant qu'elles n'obtiennent pas leur permis d'exercice. A partir de ce moment, du jour au lendemain, elles peuvent exécuter toutes les fonctions relevant de l'infirmière. Toutefois, celles-ci ont à travailler sur des unités et à répondre des actions posées ou non posées.

L'alternance rapide des unités ne favorise pas l'acquisition de la compétence en multipliant les apprentissages à faire en vue d'exécuter les tâches inhérentes à la fonction d'infirmière du CHRN. En effet, le manque d'expérience et la faible assurance au travail se marient mal avec des séquences rapides d'emplois variés comportant chacun l'utilisation de techniques ou de modes d'intervention différents. Cette situation pose en même temps des problèmes pour la qualité et la sécurité des soins en augmentant les risques d'erreur. On peut également penser que cette façon de faire peut avoir un impact sur la motivation de l'infirmière à cause du niveau élevé de difficulté d'adaptation à la tâche qu'elle peut causer. Les conditions prévalant en période d'orientation ne la place pas en situation de mettre en valeur ses acquis.

En effet, le fait que les nouvelles infirmières souhaitent:

- davantage de jours d'orientation sur les unités où elles n'ont pas été en stage.
- être orientées sur les trois quarts de travail sur la même unité.

est significatif. Il évoque une inquiétude face à la possibilité de transférer les acquis d'une unité, sur un quart de travail spécifique, à une autre unité de soins et plus encore, sur la même unité, mais lors d'un quart de travail différent.

Les chefs d'unité endossent cette préoccupation en mentionnant qu'effectivement, sur la majorité des unités, le fait d'être orienté sur un quart de travail particulier ne prépare pas les nouvelles infirmières à être fonctionnelles sur un autre quart de travail. Ceci est particulièrement évident pour les infirmières orientées de nuit.

Cette préoccupation reflète la différenciation qui existe entre les unités par rapport à la mission poursuivie, au mode d'organisation des soins et aux routines de travail. L'équipe de travail d'une unité de soins et d'un quart de travail spécifique est en quelque sorte isolée en ce sens qu'elle a un mode de fonctionnement spécifique et qu'elle se préoccupe peu des rouages fonctionnels et des nécessités des autres équipes. Elle s'organise pour faire face d'une manière indépendante à la mission qui lui est impartie. Toutefois, la nouvelle infirmière doit s'intéresser au fonctionnement de toutes les équipes parce que lorsqu'elle fera partie de la liste de disponibilité, elle devra être fonctionnelle sur tous les quarts de travail et ce, pour toutes les unités où elle sera disponible pour travailler.

L'absence de programme d'orientation spécifique aux unités de soins et le rôle ambigu de l'infirmière assignée à l'orientation sur les unités de soins constituent également des facteurs non favorables à l'acquisition des attitudes et des habiletés nécessaires à la nouvelle infirmière. Le programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers palliera pour le moment à l'absence de programme d'orientation spécifique aux unités de soins.

Cependant, lorsque ceux-ci seront élaborés, la tâche ne sera pas plus ardue pour la nouvelle infirmière car le programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers sera allégé des éléments spécifiques aux unités de soins.

Dans un autre ordre d'idée, la complaisance de quelques infirmières nouvellement embauchées dans la non-imputabilité des oublis et le morcellement des tâches ne reflète pas l'orientation actuelle de la direction des soins infirmiers qui valorise le soin global de l'usager et l'imputabilité des actions posées ou non posées ni le rôle idéal de l'infirmière enseigné au Cegep ou à l'université. Elle reflète que beaucoup de chemin reste à parcourir dans l'atteinte de cette conscience professionnelle.

Cependant, cet élément demeure à la fois paradoxal et questionnant. Pendant sa formation, l'infirmière est introduite à un rôle professionnel idéal et apprend à valoriser les soins individualisés basés sur une approche scientifique. Ainsi, comment expliquer que de nouvelles infirmières se complaisent si facilement dans une utilisation instrumentale de l'infirmière? Est-ce la représentation d'une société de laisser aller et de manque de responsabilisation? Ou est-ce représentatif d'une insécurité propre au fait de commencer dans un emploi qui a pour conséquence que la personne désire se fondre dans le groupe? A ce moment, nous pouvons espérer que cette attitude sera transitoire et qu'au fur et à mesure que la nouvelle infirmière acquerra de l'expérience, elle visera à ce que ses actions soient reconnues. Ou encore est-ce le reflet de la pratique réelle des infirmières du CHRN à laquelle s'identifient les stagiaires en soins infirmiers durant leur cours? Dans ce cas, il faudra s'interroger sur la raison de cette attitude.

Une organisation de soins décentralisée sur les unités spécialisées semble aider les infirmières à maîtriser leur pratique professionnelle et la qualité des soins qu'elles prodiguent. C'est sur ce plan que se situe l'imputabilité. L'existence d'un champ d'exercice commun pour les infirmières permet une gestion des tâches en soins infirmiers avec une relative flexibilité et sans les contraintes additionnelles que comporte un morcellement des champs d'exercice.

Ainsi, travailler dans une équipe de soins demande d'exercer des capacités de leadership. L'infirmière exercera son leadership dans la mesure où elle influence les autres par ses idées et son agir professionnel dans un but précis. Cette habileté se développera au fur et à mesure qu'elle acquerra de l'expérience et qu'elle s'intégrera au milieu. En effet, par le processus de socialisation, l'infirmière engage sa conduite selon les normes et les valeurs particulières du centre hospitalier. Ainsi, elle s'intègre à une société donnée, y trouve son appartenance et ceci lui confère un certain droit d'acquiescer de l'influence ou du pouvoir dans ses interactions avec les autres membres de l'équipe de soins.

De plus, l'infirmière nouvellement embauchée qui s'est fait dire par l'infirmière qui l'initiait qu'aller se présenter aux usagers, ce sont des niaiseries qui ne sont faites que dans le cours d'infirmière, laisse présumer qu'il y a des acquis lors de la formation initiale qui ne se transposent pas en milieu du travail. De telles remarques (remarques est au pluriel, car il y en a sûrement eu d'autres qui n'ont pas été rapportées) renforcent le décalage entre les valeurs de l'éducation et les valeurs du milieu de travail. Le milieu d'éducation doit préparer les futures diplômées à cette différence et le centre hospitalier doit mettre en place des mécanismes visant à accéder à l'idéal.

Comme on peut le constater, le milieu peut être aussi bien un facteur de déformation que de formation. Les dirigeants auront beau transmettre l'idéal à atteindre, s'il n'y a pas de support et de concordance avec les actions sur le terrain, les nouvelles infirmières se conformeront aux valeurs véhiculées par le personnel infirmier pour être acceptées par l'équipe. Ceci peut s'expliquer par le besoin de la nouvelle infirmière de se sentir acceptée. Cette attitude aura un impact sur les possibilités d'innovation du centre hospitalier en ce sens que ce sont les attitudes déjà existantes qui demeureront prédominantes.

Comme on peut le constater, une organisation de type bureaucratique tel le CHRN n'encourage pas la créativité et les innovations à court terme. Ceci apporte comme conséquence que les infirmières, même si elles ont été formées pour être responsables de leurs actes et pour prodiguer des soins personnalisés perdent, avec le temps, ces attitudes. Ce changement peut être dû à la structure du centre hospitalier qui ne stimule pas les infirmières à appliquer les notions apprises au collège ou à l'université. Ces éléments collaborent à expliquer la marge entre le rôle idéal enseigné par les collègues et les universités et le rôle effectivement exercé sur les unités de soins du CHRN.

Chaque type de professionnel possède ses règles de fonctionnement, sa déontologie propre et occupe une place déterminée dans le centre hospitalier. Ainsi, le fait que les infirmières soient orientées par d'autres types de professionnels ne leur permet pas d'identifier la raison d'être particulière de leur profession au sein de leur milieu de travail. Un tel jumelage ne favorise pas le processus de socialisation typique à cette catégorie de professionnelles.

Au contraire, la période d'orientation devrait encourager l'infirmière à faire l'apprentissage de valeurs, normes et comportements du groupe de professionnelles qu'elle vient de joindre. Ainsi, comment reprocher aux infirmières nouvellement embauchées de ne pas situer le rôle de l'infirmière dans l'équipe de soins alors même que l'environnement organisationnel du milieu qui la reçoit n'est pas propice à l'identification à sa profession.

Par surcroît, tel que vu antérieurement, une différenciation de vision oppose le monde professionnel au monde administratif. Ainsi, les professionnels poursuivent des objectifs qualitatifs alors que les objectifs assignés au monde administratif sont de nature quantitative et économique. Ce paradoxe entre la qualité des soins et la gestion apparaît évident dans les situations où les infirmières en orientation ont été utilisées pour remplacer un membre de l'équipe absent. L'objectif de l'infirmière était de se familiariser avec les futures fonctions qu'elle aura à assumer sur cette unité et celui de la responsable hiérarchique possiblement la minimisation des coûts de remplacement. Cependant, l'insistance mis sur la minimisation des coûts peut-elle faire oublier l'importance de la période d'orientation? Il ne faut pas omettre que la non-formation comporte aussi des coûts. Ce dernier aspect est mis en évidence quand les chefs d'unité mentionnent que lorsque c'est une infirmière nouvellement embauchée ou une candidate ou la liste de disponibilité qui comble un besoin de personnel, elles en demandent parfois deux à cause de leur difficulté à être pleinement fonctionnelle.

On constate également que le fait que la seule façon d'accéder au marché du travail est un poste où l'on s'attend à ce que la nouvelle infirmière puisse, à pied levé, remplacer une infirmière d'expérience laisse sous-entendre que celle-ci est perçue d'abord comme une ressource servant à combler les besoins des unités.

Ceci entre en contradiction avec les valeurs prônées par l'association des hôpitaux du Québec qui se base sur la conception fondamentale que l'individu au travail est d'abord une personne avant d'être une ressource pour le centre hospitalier, et que l'organisation doit viser à développer autant l'engagement que la compétence. Elle doit aussi fournir le soutien organisationnel requis pour répondre aux besoins de réussite des individus car les conditions d'accès à l'emploi ont un impact direct sur les besoins des infirmières en orientation.

Ce fonctionnement, par manque de continuité favorise l'exécution technique plutôt que le rôle professionnel. La qualité des services aux usagers est altérée par le fait que ceux-ci ne peuvent s'identifier à une professionnelle qui sera présente plusieurs jours de suite. De plus, la nouvelle infirmière se démotive à s'engager activement dans l'évolution de l'état de santé de l'usager par le fait qu'elle n'en assume la responsabilité que pendant un quart de travail sans indices de continuité de par son statut précaire. La relation de confiance avec l'usager et ses proches, le suivi des interventions et la création d'un lien de confiance sont choses impossibles dans un tel contexte.

Par ailleurs, tel que spécifié antérieurement, le personnel d'encadrement occupe un rôle prépondérant dans la mise en oeuvre de l'orientation, dans la circulation des valeurs associées et dans la création d'un environnement propice aux apprentissages.

Le fait que certaines infirmières aient été plus ou moins orientées pose le questionnement: est-ce que les chefs d'unité de soins connaissent suffisamment leur rôle par rapport à l'orientation du personnel nouvellement embauché?

Il faut considérer que ces gestionnaires transfèrent d'un poste d'infirmière soignante au poste de chef d'unité de soins avec, comme toute préparation, la présentation des directeurs, le rôle de ceux-ci au sein du centre hospitalier, la transmission de technicalités administratives ayant surtout rapport au contrôle du budget, aux commandes internes et externes ainsi qu'à la gestion de la présence au travail. Elles manifestent beaucoup d'enthousiasme et de collaboration lors de la période d'orientation. Mais ont-elles le temps, à travers le quotidien, de se questionner sur l'importance de cette période pour la nouvelle infirmière et pour son unité?

N'y aurait-il pas lieu de les supporter en leur faisant connaître leur rôle, ainsi que la politique de formation du CHRN qui mentionne entre autres, que la formation et le développement des ressources humaines sont des moyens favorisant la congruence entre la qualité des ressources humaines et les services à rendre. Ainsi, si la nouvelle infirmière ne connaît pas les services à rendre, elle ne pourra pas rendre un service de qualité.

Examinons maintenant de plus près le carnet d'orientation. Celui-ci avait pour but de servir de référence quant aux apprentissages à effectuer. Le carnet a été apprécié et utilisé par la majorité des nouvelles infirmières. Cet outil a également intéressé et été utilisé par les chefs d'unité. Ceux-ci souhaitent continuer à s'en servir comme référence pour assurer une continuité dans les apprentissages de la nouvelle infirmière. L'utilisation régulière de cet outil rendra plus familier son utilisation et favorisera un travail d'équipe dans le cheminement de la nouvelle infirmière vers une période d'orientation réussie.

Le fait qu'une minorité des nouvelles infirmières l'aient eu en leur possession s'explique probablement par le format du carnet qui se présentait sous forme de feuilles photocopiées 8 X 11".

En ce qui concerne le sentiment d'appartenance, un facteur favorisant son émergence chez la nouvelle infirmière, c'est l'accueil chaleureux reçu de la part des employés des unités de soins. Quant aux éléments nuisibles, il y a d'abord la rotation du personnel sur les quarts de travail. Ceci ne permet pas au nouveau personnel d'établir des liens de complicité car il doit s'adapter continuellement à de nouveaux coéquipiers. Il y a également les valeurs différentes transmises par le milieu de l'éducation et par le milieu de travail qui peuvent déstabiliser et rendre confuses les nouvelles infirmières.

Finalement, la prise en charge progressive des responsabilités inhérentes à l'emploi se met en action dès l'élaboration des cédules d'orientation. Les infirmières sont d'abord assignées sur des unités à vocation générale et ensuite sur des unités plus spécialisées. Ce fonctionnement est à poursuivre parce qu'il contribue à diminuer l'anxiété de la nouvelle infirmière.

A la lumière de ce qui précède, on ne saurait nier que les infirmières jouent un rôle de premier plan dans la production des soins de santé, et que la qualité du service aux usagers dépend dans un très large mesure de leur performance et de leur adhésion à la mission, aux valeurs et aux objectifs du centre hospitalier et de l'unité de soins. Ainsi, le but à atteindre par rapport à l'orientation des infirmières nouvellement embauchées est de développer des compétences pour assurer des services de qualité aux usagers.

En effet, les infirmières servent en quelque sorte de catalyseur pour permettre ou aider la transformation des intrants en extrants. Les extrants, ce sont les soins de qualité adaptés aux besoins de chacun des usagers.

Cependant, l'organisation du travail en milieu hospitalier est influencé par les structures choisies par les dirigeants parce que celles-ci conditionnent la participation et l'implication des infirmières. Tel que mentionné précédemment, ces structures collaborent à faciliter ou à décliner les responsabilités reliées à l'emploi.

Au niveau du processus de transformation des intrants en extrants, les conditions de travail demeurent une réalité importante. Parmi les conditions de travail qui attendent les nouvelles infirmières mentionnons: le système rotatif (jour, soir, nuit) et les conditions d'emploi (temps partiel occasionnel sur appel). Ces conditions influencent la motivation, l'engagement et le rendement de l'infirmière au travail.

Les réflexions suscitées par l'analyse de la mise à l'essai du programme d'orientation nous ont amenés à formuler quelques recommandations qui pourraient permettre d'améliorer l'orientation de la nouvelle infirmière. Elles font l'objet de la prochaine section.

RECOMMANDATIONS et CONCLUSION

A cette étape du mémoire de maîtrise, nous vous présenterons tout d'abord les recommandations qui émanent de l'analyse qu'a pu effectuer la chercheuse suite aux évaluations recueillies et nous vous exposerons ensuite les conclusions relatives à la démarche utilisée et aux résultats atteints par l'élaboration et la mise à l'essai du programme d'orientation.

Lors de la formulation des recommandations, nous avons tenté de garder en mémoire:

- les valeurs sous-jacentes au développement des ressources humaines prônées par l'association des hôpitaux du Québec.
- les budgets limités des centres hospitaliers à qui incombe la responsabilité d'organiser des soins de qualité de la façon la plus efficiente possible.
- l'existence du risque qu'en solutionnant un problème, on en crée d'autres ayant des conséquences plus fâcheuses que le problème initial.
- le désir d'éviter de créer des conditions de rigidité susceptibles de freiner ou de compromettre l'évolution du programme d'orientation des infirmières nouvellement embauchées.

Celles-ci seront présentées selon un ordre d'impact. Les recommandations qui, à notre avis, auront le plus d'impact sur l'amélioration de la période d'orientation seront présentées en premier. Nous terminerons avec celles dont l'impact sur l'amélioration de la période d'orientation est plus mineur.

Elles ont rapport à:

- la révision des conditions d'accès à l'emploi
- la nécessité d'élaborer un programme d'orientation spécifique aux unités de soins
- l'importance de former les chefs d'unité de soins et les infirmières désignées pour l'orientation
- la révision du rôle de l'infirmière au CHRN
- la préparation des étudiants aux attitudes et comportements favorisant l'intégration au milieu
- au regroupement des infirmières en provenance de l'extérieur
- à l'adaptation des cédules d'orientation
- à l'adaptation du carnet d'orientation
- à l'orientation des candidates infirmières sur réception du permis

Conditions d'accès à l'emploi

Les conditions d'accès à l'emploi ont un effet déterminant sur l'orientation des infirmières nouvellement embauchées.

Le choix de conditions d'accès à l'emploi plus systématique qui tiennent compte de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des rapport coûts/bénéfices serait profitable à l'employé et à l'employeur. Ainsi, une gestion plus flexible de la liste de disponibilité impliquerait des engagements réciproques tant du centre hospitalier que des infirmières (une disponibilité de la part des infirmières et une garantie de travail moins dispersée de la part du centre hospitalier).

De façon complémentaire, il faudrait trouver les moyens de concentrer le travail des nouvelles infirmières sur un nombre limité d'unités pour réduire la dispersion, rentabiliser l'apprentissage et améliorer leur confiance en soi et conséquemment la qualité des soins.

Cette recommandation entre en concordance avec les données de la recherche de Boily-Morin et Gauthier (1986) qui montre que les infirmières prennent du temps à s'intégrer en raison des contraintes reliées à l'emploi lui-même telles les horaires variables et les tâches différentes sur les unités de soins et les divers quarts de travail.

Tel que mentionné par l'OIIQ (1984), l'expérience et la capacité d'assumer une responsabilité devraient prévaloir sur les critères d'ancienneté dans l'assignation à un poste de travail. Autrement dit, ne pas faire assumer à une infirmière une responsabilité qu'elle ne peut assumer pour le moment.

Une amélioration du processus de remplacement faciliterait la gestion de la période d'orientation par le fait que les apprentissages à faire seraient moins nombreux et que ça permettrait de préparer plus adéquatement la nouvelle infirmière aux exigences des remplacements qu'elle aura à effectuer, ceux-ci étant moins dispersés au niveau des différentes unités.

Je retiens ici la suggestion d'un chef d'unité à l'effet qu'il serait souhaitable que l'infirmière qui débute sur la liste de disponibilité commence sur un nombre limité d'unité (environ 3) et qu'elle devienne expérimentée et fonctionnelle sur ces unités d'abord.

Ensuite, on pourrait lui offrir d'étendre sa disponibilité graduellement, ex: une (1) unité à tous les trois (3) mois. Ces consignes devraient être clairement établies à l'embauche.

Impact:

- Demande une entente avec le syndicat
- Modifie la gestion de la liste de disponibilité
- Réduit la dispersion, rentabilise l'apprentissage, améliore la confiance en soi des nouvelles infirmières ainsi que la qualité des soins.
- Diminue les risques d'erreurs et d'accidents
- Favorise l'intégration à l'équipe de travail
- N'augmente pas les coûts d'orientation tout en permettant d'allonger la période d'orientation pour les trois (3) premières unités à 2 jours - 1 soir - 1 nuit/unité. La période d'orientation sur les unités ajoutées aux trois mois serait réduite à une (1) journée compte tenu des apprentissages déjà effectués. Le processus totalise dix-neuf (19) jours d'orientation spécifique sur les unités comparativement à vingt (20) avec le processus actuel.
- Diminue le temps nécessaire à l'intégration en rendant la pratique plus conforme aux capacités des nouvelles infirmières.

Élaboration d'un programme d'orientation spécifique aux unités de soins

Maintenant que le programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers existe, il serait nécessaire qu'un programme d'orientation spécifique aux unités de soins soit créé.

L'existence d'un tel programme favoriserait la transmission des informations nécessaires à l'infirmière nouvellement embauchée pour être fonctionnelle sur l'unité et ce, sur tous les quarts de travail. Il collaborerait à répondre plus étroitement aux besoins individuels entre autres, des infirmières en provenance de l'extérieur. Celui-ci devrait nommer les objectifs, le contenu, les modalités et les responsabilités de chaque intervenant.

Ceci permettrait de situer l'infirmière qui a la responsabilité d'orienter face aux éléments à acquérir par la nouvelle infirmière. De plus, la désignation d'infirmières intéressées à orienter permettrait d'une part d'éviter d'imposer l'orientation à des infirmières non intéressées à le faire et d'autre part, de les former afin d'assurer une continuité entre le programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers et celui des unités de soins. Enfin, la spécification des éléments à acquérir permettrait aux unités de motiver la durée de l'orientation désirée sur leur unité. Ces éléments contribueraient certainement à créer un climat social favorable à l'orientation des infirmières nouvellement embauchées et à les mettre en situation de réussite.

En effet, le fait de montrer à l'employée à bien accomplir ses tâches au moment opportun a un effet positif sur le rendement et la productivité de cette dernière et par ricochet, sur l'efficacité de l'unité de soins où elle est assignée (Weiss, 1980). Un tel encadrement rendrait plus efficiente l'utilisation des argents consacré à l'orientation.

Bref, la continuité de l'orientation serait assurée, les éléments à transmettre et les responsabilités des intervenants connus, un système de tutorat ou de support serait établi avec la participation des infirmières de l'unité de soins et des mécanismes d'évaluation de l'atteinte des objectifs institués.

Impact:

- Implique la participation des chefs d'unité mais aussi des infirmières soignantes.
- Situe l'infirmière désignée face à sa responsabilité en regard de l'orientation.
- Situe l'infirmière désignée face aux éléments à acquérir par la nouvelle infirmière.
- Assure une continuité dans l'orientation.
- Rend plus efficiente l'utilisation des argents consacrés à l'orientation.
- Permet une adaptation constante du programme d'orientation à la réalité à cause des mécanismes d'évaluation.

Formation des chefs d'unité de soins et des infirmières désignées

La pratique au CHRN étant de s'appuyer sur le personnel d'encadrement pour identifier les besoins de formation, effectuer l'évaluation et les suivis de formation, il y aurait lieu de vérifier les besoins de formation des chefs d'unité en rapport avec leur rôle attendu en formation du personnel et conséquemment en rapport avec l'orientation des nouvelles infirmières. Ensuite, une formation sur le rôle, l'importance de la période d'orientation et le contenu de l'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers procurerait confiance et assurance aux infirmières désignées pour orienter et collaborerait à assurer une continuité entre l'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers et celle des unités de soins.

Impact:

- Motiverait les chefs d'unité à remplir le rôle qui leur revient.
- Sécuriserait les infirmières désignées.
- Favoriserait l'accueil, l'intégration et le cheminement de la nouvelle infirmière.
- Implique la disponibilité d'un budget de formation. L'allocation d'un budget de formation sur une base volontaire permettra d'apprécier l'importance accordée à la formation par le CHRN.

Révision du rôle de l'infirmière au CHRN

Il serait avantageux pour le CHRN comme pour les infirmières nouvellement embauchées que soient mises en place les mesures nécessaires pour diminuer l'écart entre le rôle idéal de l'infirmière enseigné par les Cegep et les universités et le rôle effectif occupé par l'infirmière du CHRN. Ceci constitue un objectif à moyen et long terme car il peut sous-entendre une révision et une modification d'éléments majeurs telle l'organisation des soins. En effet, le mode de soin global semble favoriser davantage l'exercice de la profession infirmière tel qu'appris au collège ou à l'université que le mode de soins d'équipe.

Impact:

- Résistance au changement de la part des infirmières, des chefs d'unité et des autres types de professionnels.
- Permet à la nouvelle infirmière de s'acquitter de son rôle d'infirmière tel que défini au collège ou à l'université.

- Demande un cheminement progressif
- Diminue le décalage entre l'identité professionnelle développée dans le milieu de formation et son moi actuel aux prises avec des situations concrètes et typiques du marché du travail.
- Collabore à l'existence de modèle de rôle plus près de la réalité.
- Place l'infirmière en situation de valoriser ses talents, donc favorise une plus grande motivation au travail.

Préparation des étudiantes aux attitudes et comportements favorisant l'intégration au milieu

Le fait de mentionner aux étudiantes finissantes du Cégep et de l'université qu'une intégration professionnelle et au milieu réussie relève d'un ensemble d'éléments et de circonstances liés tant à l'individu (confiance, affirmation de soi, communication), qu'à l'environnement dans lequel il oeuvre préparerait les étudiantes à leur insertion professionnelle en centre hospitalier.

Impact:

- Exige des communications avec les institutions d'enseignement.
- Oriente la nouvelle infirmière par rapport aux attitudes et comportements favorisant l'intégration au milieu.
- Renseigne la nouvelle infirmière sur le fait que certains facteurs freinant l'intégration de la nouvelle infirmière sont hors de son contrôle.

Regroupement des infirmières en provenance de l'extérieur

Regrouper ensemble les nouvelles infirmières qui ne connaissent pas le centre hospitalier afin qu'elles soient davantage à l'aise de questionner l'inconnu, les appareillages et techniques nouvelles, collaborerait à sauvegarder leur sentiment de compétence et améliorerait leur intégration professionnelle.

Impact:

- Exige une coordination étroite avec les responsables de l'embauche.
- Implique une mobilisation des personnes ressources pour un nombre peu nombreux de nouvelles infirmières, car il est rare que le CHRN embauche plusieurs infirmières de l'extérieur en même temps.

Adaptation des cédules d'orientation

Certains éléments doivent être pensés dès l'élaboration des cédules d'orientation. Il s'agit de cédule l'orientation deux jours consécutifs, d'orienter sur au moins deux quarts de travail et de s'assurer de la présence d'une infirmière habituée sur l'unité et intéressée à orienter.

a) Jours consécutifs

Afin de réduire la dispersion des apprentissages et de favoriser l'intégration à l'équipe de travail, il serait nécessaire que l'orientation sur une unité spécifique s'effectue lors de journées consécutives.

Impact:

- Nécessite d'étendre l'orientation les fins de semaine afin d'arriver à un total de jours divisibles par deux. Il faudra vérifier, avec les chefs d'unité, les ressources en place et la pertinence d'orienter les fins de semaine.

ou

- Nécessite d'orienter seulement 4 jours par semaine

b) Quarts de travail

Le souhait d'orienter équitablement sur les quarts de travail est réalisable en ne retenant que les quarts de jour et de soir; le quart de nuit ne préparant pas suffisamment au travail des autres quarts.

Impact:

- Ne favorise pas la création de liens avec une équipe de travail car la nouvelle infirmière sera orientée par deux équipes différentes (1 jour - 1 soir).
- Difficilement jumelable avec les deux jours consécutifs d'orientation, à moins de payer du temps et demi lorsqu'il y a moins de seize (16) heures entre deux quarts, ou à moins de séparer l'orientation en bloc de deux jours.

ex: J S J C J S où J = jour S = soir et C = congé

Adaptation du carnet d'orientation

L'utilité du carnet d'orientation est acquise, principalement à titre de référence pour l'employée ainsi que pour les chefs d'unités afin d'assurer un suivi dans l'orientation de la nouvelle infirmière. Ainsi, cet outil gagnerait à être enrichi des commentaires reçus et à être présenté sous format de poche afin qu'il soit facile pour les infirmières de le transporter avec elle. Il y aurait également lieu de spécifier aux nouvelles infirmières l'importance de faire suivre et d'utiliser le carnet d'orientation.

Impact:

- Demande du temps de la part du responsable de l'imprimerie afin de convertir le format actuel en format de poche.
- Favorise un encadrement plus étroit et une continuité dans l'orientation.

Orientation des candidates infirmières sur réception du permis

Le fait que les candidates à la profession d'infirmière aient des restrictions d'exercice rend plus complexe leur orientation. Elles ne peuvent remplir entièrement le rôle d'infirmière par le fait qu'elles doivent pratiquer sous supervision. Deux (2) jours d'orientation pourraient être reportés au moment de l'obtention de leur permis. Ceci permettrait de mieux les situer face aux responsabilités qui leur sont maintenant dévolues et aux incidences de celles-ci sur leur pratique.

Impact:

- Favorise le fait que la candidate devenue infirmière connaisse vraiment son rôle d'infirmière.

A notre avis, aucune recommandation ou mesure particulière ne peut de façon isolée régler l'un ou l'autre des problèmes. Ces derniers sont interreliés et il en résulte des facteurs interdépendants. Les problèmes comme les solutions mettent en cause des réalités en évolution selon qu'on les considère à court, moyen ou long terme. Nos recommandations doivent donc être considérées comme des mesures complémentaires pour aider à l'évolution de la situation.

Nos recommandations ne se veulent pas une réponse définitive au problème. Elles ont plutôt été conçues comme une contribution à une démarche qui devrait se poursuivre dans l'avenir pour continuellement s'adapter à l'évolution. Il faut s'interroger sur les pratiques actuelles sans oublier que le fonctionnement d'un centre hospitalier doit privilégier les services aux usagers de soins.

Conclusion

Au terme de cette démarche, il devient important et précieux de décrire sans prétention les impacts et les retombées ou, tout au moins, de cerner les principaux éléments qui ont présidé aux actions entreprises dans le milieu.

Ainsi, l'élaboration et la mise à l'essai du programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers ont eu un effet d'entraînement sur la vie organisationnelle. La participation des gestionnaires de la direction des soins infirmiers et de la direction des ressources humaines a favorisé une démarche d'équipe dans l'amélioration de l'orientation des infirmières nouvellement embauchées. Le processus a contribué à de précieux apprentissages plus ou moins observables mais présents. On peut nommer entre autres, la réflexion des chefs d'unité par rapport à leur rôle dans l'orientation et la nécessité d'une continuité dans l'orientation lorsque la nouvelle infirmière transfère d'une unité à l'autre. Les chefs d'unité de soins souhaitent que se continue le processus d'amélioration de l'orientation des nouvelles infirmières.

Cette démarche a donc apporté à l'équipe une nouvelle vision de la problématique de l'orientation des infirmières. Elle a permis à la direction des soins infirmiers du CHRN de combler une lacune importante au niveau de l'orientation en se dotant d'outils supportant les objectifs poursuivis, de réfléchir sur les conditions d'accès à l'emploi, entre autres, par rapport au fonctionnement de la liste de disponibilité pour laquelle on prépare les nouvelles infirmières. Chaque intervenant consulté a apporté une vision précieuse des possibilités d'amélioration à la période d'orientation. Ce fut apprécié et enrichissant comme échange de part et d'autre.

Elle a permis à chacun des membres de l'équipe de la direction des soins infirmiers de s'approprier les orientations du Centre hospitalier de Rouyn-Noranda par rapport aux objectifs de la période d'orientation.

Elle a favorisé un travail conjoint avec le Cegep de l'Abitibi-Témiscamingue en fonction de certaines législations et attentes du milieu qui doivent être connues dès l'entrée en stage des étudiantes en soins infirmiers (ex: DBM, SIMDUT).

L'approche systémique a permis de prendre en considération les facteurs de l'environnement. Cependant, si j'avais une recommandation à faire sur le processus, ce serait de mettre une emphase plus importante sur l'étape de l'analyse préliminaire de l'organisation et du fonctionnement des unités de soins. Ceci, en se centrant tout particulièrement sur la tâche que les infirmières ont à effectuer au CHRN, en considérant que cette tâche ne s'exerce pas de façon isolée.

Enfin, nous estimons que le programme d'orientation spécifique à la direction des soins infirmiers constitue une nette amélioration à ce qui existait auparavant. Cependant, il reste à le raffiner, à préciser des éléments tel que le rôle des intervenants et à encourager un changement d'attitude afin que la nouvelle infirmière soit davantage considérée comme une personne que comme une ressource humaine.

Après avoir remué la vie des gens avec des crayons et des mots, nous nous sentons maintenant plus engagés face à l'orientation des nouvelles infirmières au Centre hospitalier de Rouyn-Noranda. Nous croyons qu'un effet positif paraîtra dans les services rendus aux usagers.

Toutefois, au terme de cette démarche, deux questionnements émergent:

Premièrement, est-ce qu'une autre forme d'approche aurait pu donner des résultats identiques ou similaires tout en favorisant davantage la créativité et les initiatives personnelles? N'avons-nous pas, faute de temps, négligé les besoins individuels au profit des besoins organisationnels? Sous prétexte d'aider, nous avons presque pris totalement en charge l'inexpérience des nouvelles infirmières. Sous prétexte de les aider, ne les maintenons-nous pas sous notre dépendance? Nous ne savons rien de la confiance qu'ils nous allouent et selon Pôlet-Masset (1993), c'est précisément sur la confiance que repose le lien qui permet le passage de la dépendance à l'autonomie.

Deuxièmement, quelle valeur la direction générale du Centre hospitalier de Rouyn-Noranda accordera-t-elle aux initiatives de formation, telle l'orientation, en période de rationalisation, alors même que toutes les fonctions et tous les projets de l'organisation sont remis en question? Y aura-t-il encore de la place pour de l'investissement de temps et d'argent?

ANNEXE 1

MISSION DES UNITÉS DE SOINS

SALLE D'URGENCE:

1. Offrir, à tous les usagers souffrant de pathologie aiguë, de traumatisme aiguë, ainsi qu'aux cas de psychiatrie, les soins urgents.
2. Examiner et évaluer tous les usagers qui se présentent à l'urgence, et leur fournir le traitement médical que leur état nécessite.
3. Dispenser les soins, les traitements médicaux, les conseils curatifs et préventifs, les services diagnostiques aux usagers en attente d'une admission sur les unités de soins.
4. Transférer dans les centres spécialisés les usagers qui ne peuvent être traités ici.

SOINS INTENSIFS:

La raison d'être des soins intensifs est de fournir les soins infirmiers et de dispenser les traitements requis par les bénéficiaires hospitalisés présentant une détérioration soudaine et sévère de son état de santé ou ayant subi une intervention chirurgicale nécessitant une observation soutenue.

Ce service offre des soins médicaux et infirmiers hautement spécialisés à cette clientèle.

SALLE D'OPÉRATION ET CENTRE DE JOUR:

Le bloc opératoire auquel est rattaché un centre de jour a pour mission de procurer à la population des soins chirurgicaux et d'endoscopie de haute qualité qui correspondent aux normes reconnues, au sein d'une équipe multidisciplinaire.

POUPONNIERE et NÉONATOLOGIE:

Le service dispense des soins infirmiers individualisés et spécialisés:

1. Aux nouveaux-nés à terme ou prématurés de l'Abitibi-Témiscamingue requérant des soins spécialisés.
2. Aux nouveaux-nés en santé qui naissent au CHRN.

La raison d'être de l'unité est de prodiguer des soins infirmiers de qualité, individualisés et spécialisés:

- . A la femme enceinte durant sa grossesse;
- . A la future mère et ses personnes significatives durant le travail et l'accouchement;
- . Au fœtus et nouveau-né à la naissance;
- . A la nouvelle mère et sa famille durant les premiers jours de la naissance;
- . A la bénéficiaire présentant des problèmes d'ordre gynécologique.

CHIRURGIE:

La raison d'être de l'unité de chirurgie est de fournir des soins infirmiers individualisés de qualité et de quantité suffisante à des individus qui présentent des problèmes digestifs, ophtalmologiques, oto-rhino-laryngologiques, rénaux et urinaires, vasculaires et endocriniens nécessitant une investigation, devant subir une intervention chirurgicale ou cheminant vers le dernier repos. Les soins sont fournis selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson.

MÉDECINE:

L'unité de médecine a pour mandat de prodiguer à ses usagers des soins personnalisés, de qualité, adaptés à leurs besoins bio-psycho-sociaux et culturels, selon le modèle de Virginia Henderson. L'unité offre son support à tout usager en perte d'autonomie temporaire et à l'usager en phase terminale qui requiert des soins palliatifs.

SOINS DE LONGUE DURÉE:

La raison d'être de l'unité de soins de longue durée est de prodiguer des soins et des services de qualité à des usagers en perte d'autonomie, en se référant au modèle conceptuel des soins infirmiers de Virginia Henderson.

PÉDIATRIE:

La mission du service de pédiatrie est de procurer des soins et des services de qualité aux enfants et aux adolescents ayant divers problèmes de santé. Les soins donnés doivent contribuer à rétablir l'état de santé, à promouvoir la santé, à favoriser le développement propre à chaque âge et à impliquer la participation de la famille.

Également, le service de pédiatrie a pour mission d'apporter un support parental et d'assurer un environnement calme et adéquat aux enfants en phase terminale.

PSYCHIATRIE:

169

Rendre accessibles des soins spécialisés en santé mentale adaptés au besoins d'une clientèle adulte, par l'intermédiaire d'équipes multidisciplinaires, afin de permettre le recouvrement en partie ou en totalité d'un équilibre global et qui permet d'acquérir une stabilité minimale, en tenant compte des ressources disponibles au Centre hospitalier de Rouyn-Noranda.

Collaborer avec les ressources existantes dans le milieu.

Assurer, dans le cadre de la mission globale du CHRN, un mandat d'enseignement auprès des intervenants du milieu.

CENTRE D'ACCUEIL YOVILLE:

La raison d'être des soins infirmiers et d'assistance du Centre d'accueil Youville est de prodiguer des soins infirmiers de santé et d'assistance individualisés à des résidents en perte d'autonomie fonctionnelle et/ou psycho-sociale.

ANNEXE 2

**NORMES DE COMPÉTENCE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS OEUVRANT
DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

Normes de compétence des infirmières et infirmiers oeuvrant dans les établissements de santé.

Les normes de compétence sont extraites d'un document de l'OIIQ (1985) sur l'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier du Québec.⁽¹⁾

- Norme 1: L'infirmière connaît les sources d'information et les moyens pour faire la collecte de données. Elle recueille les données pertinentes, auprès de l'individu, d'un groupe d'individus, de la famille, du milieu et de la communauté et ce, à partir d'une conception de soins infirmiers, selon la condition du bénéficiaire (collecte de données).*
- Norme 2: L'infirmière connaît les étapes d'organisation des données recueillies. Elles analyse et interprète les données en se basant sur des connaissances scientifiques, une conception de soins infirmiers, les composantes de la situation et la perception qu'a le bénéficiaire de sa situation. L'analyse et l'interprétation des données sont reliées à l'individu, à la famille, au milieu, à la communauté. L'infirmière décrit les caractéristiques de la situation et elle vérifie la conformité de son interprétation auprès du bénéficiaire et des personnes concernées (interprétation des données).*
- Norme 3: L'infirmière connaît et applique les étapes nécessaires à la planification des soins infirmiers, aux données recueillies, à des connaissances scientifiques, elle formule le plan de soins avec la participation du bénéficiaire, s'il y a lieu et de la famille ou de la personne significative et avec l'équipe de soignantes (planification des soins).*
- Norme 4: L'infirmière connaît les principes à la base des divers types d'intervention de soins infirmiers. Elle applique ces principes dans la réalisation du plan de soins élaboré. Elle prodigue au bénéficiaire les soins planifiés afin de lui fournir l'assistance dont il a besoin selon sa condition. Elle maintient des relations interpersonnelles, elle donne l'enseignement, elle favorise les apprentissages et la rééducation, elle applique des mesures de confort, des mesures préventives et thérapeutiques et elle contribue aux méthodes de diagnostic. Elle suscite la participation du bénéficiaire, de la famille ou de la personne significative aux soins (exécution des soins).*
- Norme 5: L'infirmière connaît les étapes de l'évaluation. Elle procède à cette évaluation avec le bénéficiaire ou les membres de la famille, les personnes significatives. Suite à cette évaluation, elle reprend les étapes de la démarche et apporte les modifications jugées nécessaires (évaluation de la démarche).*
- Norme 6: L'infirmière connaît et utilise des moyens pour assurer au bénéficiaire des soins continus en établissement et dans la communauté (continuité des soins).*

- Norme 7: L'infirmière situe son rôle dans l'équipe de soins infirmiers et elle l'assume (équipe de soins).*
- Norme 8: L'infirmière connaît ses responsabilités en tant que membre d'une profession et elle s'en acquitte (responsabilités professionnelles).*
- Norme 9: L'Infirmière connaît des méthodes de contrôle de soins infirmiers. Elle contrôle les soins infirmiers selon son niveau de responsabilité (contrôle de soins).*
- Norme 10: L'infirmière connaît son rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire et elle l'assume (multidisciplinarité).*

⁽¹⁾ Ordre des infirmiers et infirmières du Québec, *Extraits de l'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier du Québec*, Éditions Montréal, 1985,

ANNEXE 3

DESCRIPTIONS DE FONCTION DE L'INFIRMIÈRE

Description de fonction de l'infirmière

Nous avons fait illusion dans la définition de compétence à la réalisation des tâches découlant d'un rôle. Celles-ci sont énoncées dans la description de fonction. Certaines unités possèdent des descriptions de fonction de l'infirmière plus spécifiques à cause de la particularité de leur clientèle. Nous vous présentons donc en:

- Annexe 3A : Description de fonction de l'infirmière des unités des soins intensifs, gynéco-obstétrique, médecine, chirurgie, soins de longue durée, pédiatrie, psychiatrie interne et externe et centre d'accueil Youville.
- Annexe 3B : Description de fonction de l'infirmière de la salle d'urgence.
- Annexe 3C : Description de fonction de l'infirmière de pouponnière-néonatalogie.

ANNEXE 3A

Description de fonction de l'infirmière des unités des soins intensifs, gynéco-obstétrique, médecine, chirurgie, soins de longue durée, pédiatrie, psychiatrie interne et externe et centre d'accueil Youville

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

DESCRIPTION DE FONCTION

176

IDENTIFICATION

DIRECTION : Direction des soins infirmiers

SERVICE : Soins intensifs, gynéco-obstétrique, médecine, chirurgie, soins de longue durée, pédiatrie, psychiatrie interne et externe, Centre d'accueil Youville.

TITRE DE LA FONCTION : Infirmière

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : Infirmière chef d'unité

SOMMAIRE DE LA FONCTION

Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins de santé des usagers qui lui sont confiés. À ce titre, elle identifie les besoins de santé, planifie, dispense, évalue les soins infirmiers, collabore à l'administration des soins préventifs, diagnostiques, thérapeutiques et prodigue des soins selon une ordonnance médicale. De plus, elle participe à l'enseignement aux usagers et à la recherche visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

TÂCHES ET RESPONSABILITÉS PRINCIPALES

1. Soins aux usagers:

- Accueille et oriente l'utilisateur dans sa chambre et sur l'unité;
- Recueille le plus d'informations pertinentes à la condition de l'utilisateur;
- Identifie un ou des diagnostic(s) infirmier(s) pertinent(s) au(x) problème(s) identifié(s);
- Rédige les énoncés diagnostiques, les résultats escomptés (objectifs) et les interventions nécessaires à l'atteinte des résultats visés;
- Procède aux actions prévues dans le plan de soins ou en effectue la délégation, en appliquant ou en s'assurant de l'application des principes scientifiques relatifs aux mesures utilisées;
- Évalue régulièrement l'atteinte des objectifs et le résultats des interventions;
- Modifie le plan de soins au besoin et le maintient à jour;
- Accompagne l'utilisateur qui vit un deuil ou une perte et supporte les proches à l'étape où ils se situent dans le processus de deuil;
- Planifie le départ de l'utilisateur;
- Consigne les interventions exécutées; la réaction de l'utilisateur aux interventions, les modifications de l'état de santé de l'utilisateur et toute autre information pertinente au dossier de l'utilisateur;
- Coordonne les soins à l'utilisateur et assure un suivi conjoint avec les autres professionnels s'il y a lieu;
- Utilise des moyens pour assurer des soins continus à l'utilisateur;
- Évalue le besoin d'apprentissage et le niveau de compréhension de l'utilisateur.
- Dispense le programme d'enseignement répondant aux besoins de l'utilisateur ou de ses proches;
- Informe l'utilisateur ou ses proches sur les ressources communautaires disponibles à leur venir en aide;

- S'assure de la qualité des soins dispensés par les infirmières-auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires selon le cas s'il y a lieu;
- S'assure de l'application des mesures de prévention des accidents et de prévention des infections;
- Exécute selon les règles de l'établissement les actes découlant d'une ordonnance médicale.

2. Responsabilités professionnelles:

- Collabore à l'élaboration et applique les programmes de soins implantés sur l'unité;
- Collabore au plan d'intervention de l'équipe multidisciplinaire;
- Respecte les règles d'asepsie et de prévention des infections;
- Utilise des moyens pour garder sa compétence à jour (lecture, cours, colloque);
- Collabore à l'orientation et à la formation continue du personnel;
- Rencontre son supérieur suite à une déclaration d'accident-incident;
- Collabore à l'évaluation du rendement du personnel;
- Collabore à l'intégration des stagiaires et des enseignantes.

3. Entretien du matériel:

- Participe ou effectue, au besoin, les désinfections du matériel et des appareils.

4. Contribution personnelle:

- Participe aux réunions et aux activités de l'unité et de la Direction des soins infirmiers;
- Effectue tout mandat connexe à ses fonctions à la demande de son supérieur immédiat;
- Contribue à l'harmonie de l'équipe de travail.

5. Santé et sécurité au travail;

- Adopte des méthodes de travail conformes aux législations sur la santé et sécurité au travail;
- Manipule les appareils et les accessoires de façon sécuritaire pour l'utilisateur et le personnel infirmier;
- Avise ou corrige immédiatement les éléments pouvant causer des accidents de travail et informe son supérieur de toute source potentielle d'accident (équipement, outil, méthode de travail);
- Utilise les normes de pdsb lors des déplacements des usagers;
- Rencontre le plus rapidement possible, son supérieur suite à une déclaration d'accident de travail.

N.B.: En surplus du « Canevas de base », les tâches et responsabilités principales pour certaines unités sont spécifiées en annexe.

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

180

DESCRIPTION DE FONCTION

DIRECTION : Direction des soins infirmiers

SERVICE : Soins intensifs, gynéco-obstétrique, médecine, chirurgie, soins de longue durée, pédiatrie, psychiatrie interne et externe, Centre d'accueil Youville.

TITRE DE LA FONCTION : Infirmière

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : Infirmière chef d'unité

QUALIFICATIONS REQUISES

SCOLARITÉ : DEC en soins infirmiers
ou
Baccalauréat en Sciences infirmières
Membre en règle de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

EXPÉRIENCE :

RÉVISION	SIGNATURE
1. 95/01/10	1. <i>Monique Billet</i>
2.	2.
3.	3.

ANNEXE

TÂCHES ET RESPONSABILITÉS PRINCIPALES DE CERTAINES UNITÉS

(En surplus du "Canevas de base")

181

UNITÉ DE SOINS DE LONGUE DURÉE

1. Soins aux usagers:

- . Utilise des moyens pour contrer les effets de l'institutionnalisation.

UNITÉ DE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE

1. Soins aux usagers:

- . Dispense des soins à l'usagère durant le travail, l'accouchement et la période post-partum;
- . Assure la surveillance pré-natale du fœtus ainsi que les soins au nouveau-né en période post-natale immédiate;
- . Renseigne régulièrement l'usagère et les personnes significatives sur l'évolution de la condition de la mère et du fœtus ou nouveau-né.

UNITÉ DE PSYCHIATRIE

SCOLARITÉ:

Externe seulement:

- . Baccalauréat en Sciences infirmières
ou
- . DEC en Soins infirmiers accompagné d'un certificat en Santé communautaire ou d'un post-scolaire en psychiatrie.

ANNEXE 3B

Description de fonction de l'infirmière de la salle d'urgence

DESCRIPTION DE FONCTION

IDENTIFICATION

DIRECTION : Direction des soins infirmiers

SERVICE : Salle d'urgence
(Triage - Actif - Salle de réanimation - Observation).

TITRE DE LA FONCTION : Infirmière

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : Infirmière chef d'unité

SOMMAIRE DE LA FONCTION

Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins de santé des usagers qui lui sont confiés. À ce titre, elle identifie les besoins de santé, planifie, dispense, évalue les soins infirmiers, collabore à l'administration des soins préventifs, diagnostiques, thérapeutiques et prodigue des soins selon une ordonnance médicale. De plus, elle participe à l'enseignement aux usagers et à la recherche visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

TÂCHES ET RESPONSABILITÉS PRINCIPALES

1. Soins aux usagers:

184

AU TRIAGE

- . Accueille l'usager dès son arrivée à l'urgence et au retour des services diagnostiques tels: RX, ECG;
- . Recueille les informations pertinentes au problème actuel de l'usager sur le formulaire à cet effet;
- . Évalue le degré de priorité des besoins et classe les usagers par priorité d'urgence;
- . Donne les premiers soins nécessaires et les inscrit sur le formulaire d'évaluation;
- . Exécute les ordonnances permanentes ou le(s) protocole(s) pertinent(s) à la situation présente;
- . Dirige les personnes vers les ressources capables de répondre à leurs besoins en fonction de leur état de santé;
- . Rassure les usagers de la salle d'attente lorsqu'il y a ralentissement des activités dû à une situation d'urgence;
- . Agit comme agent d'éducation et de promotion à la santé auprès des usagers;
- . Assure une surveillance constante des usagers évalués et de la situation de la salle d'attente;
- . Modifie le code de priorité en fonction de la nouvelle évaluation et reclasse l'usager en fonction de celui-ci;
- . Consigne et transmet toutes les informations pertinentes au traitement de l'usager;
- . Assure un suivi en regard des prélèvements (ex.: gorge) et informe l'usager;

À L'ACTIF

- . Installe les usagers dans les cubicules pour examen ou traitement selon la classification des degrés d'urgence;
- . Administre les premiers soins afin de stabiliser l'état physique ou psychologique de l'usager;
- . Utilise les données recueillies depuis l'arrivée de l'usager afin d'assurer la continuité des soins et les complète au besoin;
- . Coordonne la préparation des transferts interhospitaliers;
- . Transmet les informations pertinentes à l'infirmière concernée lors d'un transfert d'un usager pour observation ou sur une unité de soins et renseigne l'usager au sujet de l'endroit où il doit se diriger;
- . Exécute les ordonnances médicales individuelles ou permanentes et les consigne au dossier;

- . Observe tout signe de détérioration de l'état de santé de l'utilisateur, met en place les mesures correctrices et implique le médecin si nécessaire;
- . Effectue une surveillance étroite de l'utilisateur par des visites régulières, la prise de signes vitaux, etc.;
- . Agit comme agent d'éducation et de promotion en matière de santé auprès des usagers.

À LA SALLE DE RÉANIMATION

- . Administre les premiers soins afin de stabiliser l'état physique ou psychologique de l'utilisateur;
- . Prépare les usagers à l'examen médical;
- . Utilise les données recueillies depuis l'arrivée de l'utilisateur afin d'assurer la continuité des soins et les complète au besoin;
- . Consigne les interventions exécutées, les réactions de l'utilisateur, les modifications de l'état de santé de l'utilisateur et toute autre information pertinente au dossier de l'utilisateur;
- . transmet les informations pertinentes à l'infirmière concernée lors d'un transfert d'un usager pour observation ou sur une unité de soins, renseigne l'utilisateur au sujet de l'endroit où il est dirigé et coordonne le transfert;
- . Exécute les ordonnances médicales individuelles ou permanentes et les consigne au dossier;
- . Observe tout signe de détérioration de l'état de santé de l'utilisateur, met en place les mesures correctives et implique le médecin si nécessaire;
- . Assure une surveillance étroite et constante des usagers de la salle de réanimation;
- . Escorte et surveille les usagers en phase critique lors des examens de radiologie et lors de leur transfert sur une unité de soins. Se fait aider d'un préposé aux bénéficiaires.

À L'OBSERVATION

- . Accueille et oriente l'utilisateur dans le service;
- . Recueille le plus d'informations pertinentes à la condition de l'utilisateur;
- . Identifie un ou des diagnostic(s) infirmier(s) pertinent(s) au(x) problème(s) identifié(s);
- . Rédige les énoncés diagnostiques, les résultats escomptés (objectifs) et les interventions nécessaires à l'atteinte des résultats visés;
- . Procède aux actions prévues dans le plan de soins ou en effectue la délégation, en appliquant ou en s'assurant de l'application des principes scientifiques relatifs aux mesures utilisées;

- . Évalue régulièrement l'atteinte des objectifs et le résultat des interventions;
- . Modifie le plan de soins au besoin et le maintient à jour;
- . Accompagne l'utilisateur qui vit un deuil ou une perte et supporte les proches à l'étape où ils se situent dans le processus de deuil;
- . Planifie le départ de l'utilisateur;
- . Consigne les interventions exécutées; la réaction de l'utilisateur aux interventions, les modifications de l'état de santé de l'utilisateur et toute autre information pertinente au dossier de l'utilisateur;
- . Coordonne les soins à l'utilisateur et assure un suivi conjoint avec les autres professionnels s'il y a lieu;
- . Utilise des moyens pour assurer des soins continus à l'utilisateur;
- . Évalue le besoin d'apprentissage et le niveau de compréhension de l'utilisateur.
- . Dispense le programme d'enseignement répondant aux besoins de l'utilisateur ou de ses proches;
- . Informe l'utilisateur ou ses proches sur les ressources communautaires disponibles à leur venir en aide;
- . S'assure de la qualité des soins dispensés par les préposés aux bénéficiaires selon le cas;
- . S'assure de l'application des mesures de prévention des accidents et de prévention des infections;
- . Assure une surveillance constante des usagers;
- . Identifie adéquatement l'utilisateur avec "civières et bracelets";
- . Maintient un contrôle des visites et le respect de la politique anti-tabac en collaboration avec l'agent de sécurité;
- . Exécute selon les règles de l'établissement, les actes découlant d'une ordonnance médicale.

2. Collaboration avec l'équipe d'intervenants:

AU TRIAGE

- . Entretient un lien constant avec l'équipe travaillant à l'Actif et la secrétaire à l'accueil.

À L'ACTIF

- . Travaille directement avec le médecin de garde et l'accompagne au besoin dans les salles de chirurgie et de gynécologie;
- . Répond aux médecins consultants de garde et aux autres types de professionnels demandés en consultation ou pour traitement;
- . Répond aux ambulanciers et consigne les informations.

SALLE DE RÉANIMATION

187

- . Informe le médecin lorsque l'utilisateur est prêt à être examiné.

OBSERVATION

- . Collabore efficacement avec les médecins et les autres professionnels pour le traitement de l'utilisateur.

3. Organisation matérielle:

AU TRIAGE

- . Contrôle la qualité des glucomètres;
- . Vérifie quotidiennement la présence suffisante de matériel dans la salle d'évaluation.

À L'ACTIF

- . Prépare la salle de chirurgie mineure et d'ophtalmologie;
- . Vérifie quotidiennement la présence suffisante de matériel dans les salles de chirurgie, utilité propre et cubicules.

SALLE DE RÉANIMATION

- . Vérifie quotidiennement le fonctionnement des appareils et la présence suffisante de matériel dans la salle de réanimation.

OBSERVATION

- . Participe ou effectue, au besoin, les désinfections du matériel et des appareils;
- . Vérifie quotidiennement le fonctionnement des appareils et la présence suffisante de matériel dans les salles sous sa responsabilité.

Responsabilités générales des infirmières à l'unité de la salle d'urgence

4. Responsabilités professionnelles:

- . Collabore à l'élaboration et applique les programmes de soins implantés dans le service;
- . Respecte les règles d'asepsie et de prévention des infections;

- . Utilise des moyens pour garder sa compétence à jour (lecture, cours, colloque);
- . Collabore à l'orientation et à la formation continue du personnel;
- . Rencontre son supérieur suite à une déclaration d'accident-incident;
- . Collabore à l'évaluation du rendement du personnel;
- . Collabore à l'intégration des stagiaires et des enseignantes.

5. Contribution personnelle:

- . Participe aux réunions et aux activités de l'unité et de la Direction des soins infirmiers;
- . Effectue tout mandat connexe à ses fonctions à la demande de son supérieur immédiat;
- . Contribue à l'harmonie de l'équipe de travail.

6. Santé et sécurité au travail:

- . Adopte des méthodes de travail conformes aux législations sur la santé et sécurité au travail;
- . Manipule les appareils et les accessoires de façon sécuritaire pour l'utilisateur et le personnel infirmier;
- . Avise ou corrige immédiatement les éléments pouvant causer des accidents de travail et informe son supérieur de toute source potentielle d'accident (équipement, outil, méthode de travail);
- . Utilise les normes de pdsb lors des déplacements des usagers;
- . Rencontre le plus rapidement possible, son supérieur suite à une déclaration d'accident de travail.

ANNEXE 3C

Description de fonction de l'infirmière de pouponnière et néonatalogie

DESCRIPTION DE FONCTION

IDENTIFICATION

DIRECTION : Direction des soins infirmiers

SERVICE : Pouponnière-néonatalogie

TITRE DE LA FONCTION : Infirmière

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : Infirmière chef d'unité

SOMMAIRE DE LA FONCTION

Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins de santé des usagers qui lui sont confiés. À ce titre, elle identifie les besoins de santé, planifie, dispense, évalue les soins infirmiers, collabore à l'administration des soins préventifs, diagnostiques, thérapeutiques et prodigue des soins selon une ordonnance médicale. De plus, elle participe à l'enseignement, au traitement, à la réadaptation et à la recherche visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

CENTRE HOSPITALIER ROUYN-NORANDA

DESCRIPTION DE FONCTION

191

DIRECTION : Direction des soins infirmiers
SERVICE : Pouponnière-néonatalogie
TITRE DE LA FONCTION : Infirmière
SUPÉRIEUR IMMÉDIAT : Infirmière chef d'unité

QUALIFICATIONS REQUISES

SCOLARITÉ : DEC en soins infirmiers
ou
Baccalauréat en Sciences infirmières
Membre en règle de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec

EXPÉRIENCE : Expérience antérieure en pouponnière et néonatalogie serait un atout.

RÉVISION	SIGNATURE
1. 94/11/19	1. <i>Monique Bilisee</i>
2.	2.
3.	3.

ANNEXE

INFIRMIÈRES - POUPONNIÈRE-NÉONATOLOGIE TÂCHES SPÉCIFIQUES

Soins aux usagers:

Recueille le plus d'informations pertinentes à la condition globale du nouveau-né:

- s'entretient, lors de l'admission, avec le personnel infirmier de la salle d'accouchement des particularités du nouveau-né;
- consulte la feuille d'accouchement et les notes d'évolution du médecin;
- échange avec les autres membres de l'équipe;
- remplit la feuille "collecte de données".

Identifie un ou des diagnostic(s) infirmier(s) pertinent(s) au(x) problème(s) identifié(s):

- analyse les données recueillies;
- identifie le(s) problème(s).

Rédige les énoncés diagnostiques, les résultats escomptés (objectifs) et les interventions nécessaires à l'atteinte des résultats visés:

- énonce le(s) diagnostic(s) infirmier(s) par ordre de priorité;
- identifie les interventions nécessaires;
- relève les ordonnances médicales.
- consignes des notes d'observation pertinentes au dossier du nouveau-né.

Procède aux actions prévues dans le plan de soins ou en effectue la délégation, en appliquant ou en s'assurant de l'application des principes scientifiques relatifs aux mesures utilisées:

- selon les besoins identifiés, procède à des interventions telles:
 - relation d'aide avec les parents;
 - l'enseignement aux parents;
 - soins d'hygiène et de confort;
 - alimentation et hydratation;
 - élimination vésicale et intestinale;
 - maintien de la fonction respiratoire;
 - maintien de la fonction cardiaque:
 - . surveille le tracé cardiaque, s'il y a lieu.
 - prise des signes vitaux et neurologiques;
 - préparation à des examens de diagnostic;

- administration des médicaments par voie intraveineuse, intra-musculaire, sous-cutanée, intradermique et endotrachéale;
- surveille la perfusion des solutés;
- dispensation des soins pré-opératoire et post-opératoire, s'il y a lieu;
- établissement d'une relation de confiance avec les parents et leur fournir du soutien;
- exécute toute autre ordonnance médicale.

Évalue le résultat des interventions:

- vérifie, auprès des autres membres de l'équipe et de ses parents, si les interventions ont donné les résultats escomptés.

Modifie le plan de soins au besoin et le maintient à jour:

- évalue à la date prévue le résultat des interventions planifiées;
- consulte les parents et les autres membres de l'équipe de soins;
- effectue les ajustements désirés au plan de soins.

Accompagne et supporte les parents dans le processus de deuil:

- fait connaître les ressources spirituelles et communautaires pertinentes.

Consigne les interventions exécutées; la réaction aux interventions, les modifications de l'état de santé et toute autre information pertinente au dossier du nouveau-né:

- rédige des notes d'observation pertinentes à l'état du nouveau-né;
- initiale les médicaments qu'elle a donné.

Coordonne les soins au nouveau-né et assure un suivi conjoint avec les autres professionnels:

- avise le médecin de la détérioration de l'état du nouveau-né;
- transmet les données nécessaires aux autres professionnels pour l'exercice de leurs tâches;
- travaille en collaboration avec les autres professionnels.

Utilise des moyens pour assurer des soins continus du nouveau-né:

- communique les informations relatives aux soins entre les divers quarts de travail (jour-soir-nuit).

Évalue le besoin d'apprentissage et le niveau de compréhension des parents.

Dispense le programme d'enseignement répondant aux besoins du nouveau-né et des parents.

Informe les parents sur les ressources communautaires disponibles à leur venir en aide.

Effectue le départ du nouveau-né:

- prépare le matériel requis pour le départ;
- fait l'enseignement de départ et vérifie la compréhension des parents;
- remet la feuille "Avis de naissance au CLSC" à la mère pour qu'elle la complète, la signe et la laisse à la pouponnière;
- remet la feuille "Abrégé admission/sortie" pour la déposer au bureau d'admission;
- au retour à la pouponnière fait la désinfection du lit et des effets personnels du bébé lorsque la préposée n'est pas présente.

S'assure de la qualité des soins dispensés par les infirmières-auxiliaires et les puéricultrices selon le cas.

Applique et s'assure de l'application des mesures de prévention des accidents et de prévention des infections.

Responsabilités professionnelles:

Collabore à l'élaboration et applique les programmes de soins implantés sur l'unité.

Collabore au plan d'intervention de l'équipe multidisciplinaire:

- transmet les informations pertinentes aux intervenants;
- coordonne les soins à l'usager.

Respecte les règles d'asepsie et de prévention des infections.

Utilise des moyens pour garder sa compétence à jour (lecture, cours, colloque).

Rencontre son supérieur suite à une déclaration d'accident-incident:

- collabore à identifier des mesures correctrices;
- collabore à compléter les informations du formulaire s'il y a lieu.

Collabore à l'orientation et à la formation continue du personnel:

- fait visiter l'unité;
- fait connaître la modalité de prestation de soins, les routines, procédures, outils de références tels plan de soins standard, programmes d'enseignement;
- favorise l'intégration du nouveau personnel à l'équipe de travail;
- demeure personne-ressource pour le personnel;
- assure un accueil chaleureux aux nouveaux employés;
- transmet ses connaissances à ses collègues de travail.

Collabore à l'évaluation du rendement du personnel.

Collabore à l'intégration des stagiaires et des enseignantes:

- demeure une personne-ressource pour les stagiaires et les enseignantes;
- assure un accueil chaleureux aux stagiaires et enseignantes.

Entretien du matériel:

Participe ou effectue les désinfections du matériel et des appareils au besoin:

- effectue l'entretien des différents appareils et accessoires après leur utilisation;
- suit les procédures d'entretien et d'acheminement du matériel;
- participe aux diverses mesures d'utilisation rationnelle des produits et au matériel afin de diminuer les coûts inhérents au gaspillage.

Contribution personnelle:

Participe et s'implique aux réunions et aux activités de l'unité et de la Direction des soins infirmiers:

- participe aux séances de formation offertes par la Direction des soins infirmiers;
- assiste et s'implique aux réunions de l'unité.

Effectue tout mandat connexe à ses fonctions à la demande de son supérieur immédiat.

Contribue à l'harmonie au sein de l'équipe de travail.

Santé et sécurité au travail:

Adopte des méthodes de travail conformes aux législations sur la santé et sécurité au travail.

Manipule les appareils et accessoires de façon sécuritaire pour l'usager et le personnel infirmier.

Avise ou corrige immédiatement les éléments pouvant causer des accidents de travail et informe son supérieur de toute source potentielle d'accident (équipement, outil, méthode de travail).

Rencontre, le plus rapidement possible, son supérieur suite à une déclaration d'accident de travail:

- aide à compléter le formulaire, s'il y a lieu, et à identifier des mesures correctrices.

ANNEXE 4

PLAN D'ENTRETIEN AVEC LES CHEFS D'UNITÉ DE SOINS

PLAN D'ENTRETIEN

OBJET : **Projet d'élaboration et de mise à l'essai du programme d'orientation à l'intention des infirmières nouvellement embauchées**

1. Rappel de la sensibilisation au sujet cité en rubrique à la réunion des chefs d'unité de mars 1994
2. But et objectifs de la recherche
3. Objectifs du programme d'orientation et du carnet d'orientation
4. Étapes de la recherche
5. Vérifications à effectuer
 - Contenu du programme d'orientation
 - Contenu du carnet d'orientation
 - Ratio maximal d'infirmières/unité
 - Retour des recommandations avant le 22 février 1994
6. Remise du projet d'horaire des activités de la période d'orientation, du carnet d'orientation, du ratio d'infirmière/unité, et d'une feuille pour inscrire les commentaires.

ANNEXE 5

LETTRE AUX CHEFS D'UNITÉ DE SOINS

NOTE DE SERVICE

DESTINATAIRES : Chefs d'unités de soins

DATE : Le 8 février 1995

OBJET : Programme d'orientation des infirmiers(ères)

Madame,
Monsieur,

Vous trouverez ci-joint, un projet d'horaire des activités de la période d'orientation, le carnet d'orientation qui servira de guide d'apprentissage à l'infirmier(ère) nouvellement embauché au CHRN, ainsi que le ratio d'infirmières par unité de soins. Ces éléments ne sont, actuellement, qu'au stade de projet. Ainsi, j'apprécierais que vous y jetiez un regard critique, en fonction des besoins de votre unité et que vous me retourniez vos recommandations avant le 22 février 1994.

Je vous remercie à l'avance de votre collaboration.

La direction des soins infirmiers

Diane Éthier
Conseillère en formation
/jm

RECOMMANDATIONS:

Ratio: _____

Contenu: _____

Carnet
d'orientation: _____

(signature)

Ratio maximal d'infirmières en orientation/unité de soins

Unités	Jour	Soir	Nuit
Salle d'urgence	1	1	1
Soins intensifs	1	1	1
Gynéco-obstétrique	2	1	1
Pouponnière	1	1	1
Médecine	2	1	1
Chirurgie	2	1	1
Soins de longue durée	2	1	1
Pédiatrie	1	1	1
Psychiatrie	1	1	1
Centre d'accueil Youville	2	1	1

Horaire des activités et contenu

PROJET

Jour	Responsabilités	Sous-service	Contenu
Jour 1	Direction des ressources humaines		<ul style="list-style-type: none"> . Accueil . Mission et objectifs du CHRN . Services offerts aux employés . Politique de la gestion de la présence au travail . Plan de désastre <ul style="list-style-type: none"> code 999 panneaux indicateurs d'incendie . SIMDUT . Déchets bio-médicaux (DBM) . Politiques vs santé-sécurité au travail
Jour 2	Direction des ressources humaines		<ul style="list-style-type: none"> . Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (pdsb)
Jour 3	Direction des soins infirmiers	6001	<p>8h00</p> <ul style="list-style-type: none"> . Accueil et présentation du programme . Mission et philosophie de la direction des soins infirmiers . Objectifs de la direction des soins infirmiers . Organigramme de la direction des soins infirmiers . Présentation des membres de la direction des soins infirmiers . Organisation des soins infirmiers. . Description de la fonction . Contenu du carnet d'orientation . Identification des besoins de formation . Horaire d'orientation . Fiche d'appréciation de la contribution <p>10h30</p> <ul style="list-style-type: none"> . Ressources disponibles: documents de références, personnes ressources, syndicat, CEC II . Actes médicaux délégués . Méthodes de soins . Dossier de l'utilisateur . Ressources communautaires <p>13h00</p> <ul style="list-style-type: none"> . Visite des lieux . Rapports incidents-accidents . Politiques de la DSI . Modalités administratives <ul style="list-style-type: none"> fiche de présence fonctionnement de la liste de rappel disponibilité durée de la période de probation

PROJET

204

Centre hospitalier de Rouyn-Noranda

Carnet d'orientation

Nom _____

Date du début de l'orientation _____

Date de la fin de l'orientation _____

Direction des soins infirmiers

1994

Bonjour,

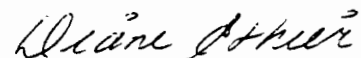
La direction des soins infirmiers du centre hospitalier de Rouyn-Noranda vous souhaite la plus cordiale bienvenue.

Le présent carnet se veut un guide des éléments que vous devez tenter d'acquérir durant la période d'orientation si vous ne les possédez pas déjà.

Après la période d'orientation, vous aurez la possibilité de poursuivre vos apprentissages en cours d'emploi.

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute information supplémentaire.

Bonne chance dans ce nouveau défi!



Diane Ethier
Conseillère en formation
poste 5501
local 501

Consignes:

Ce carnet d'orientation servira à assurer le suivi de votre orientation. Vous avez la responsabilité de:

- . Compléter la grille d'identification des besoins
- . Présenter le carnet à l'infirmière responsable chaque fois que vous changez de service
- . Compléter le carnet chaque fois qu'un élément est acquis.
- . L'apporter à chaque rencontre d'évaluation.
- . Faire les démarches nécessaires pour vous approprier les éléments à améliorer ou à acquérir.

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
1. CHRN									
. Mission et objectifs du CHRN									
. Services offerts aux employés									
. Visite des lieux									
. Politiques en santé-sécurité au travail									
. SIMDUT									
. Plan de désastre									
. Panneaux indicateurs d'incendie									
. Déchets bio-médicaux (DBM)									
2. DSI									
. Mission et philosophie									
. Modèle conceptuel									
. Objectifs									
. Organigramme									
. Actes médicaux délégués									
. Méthodes de soins									
. Dossier de l'usager									
. Logiciel SISSI									
. Répertoire des ressources communautaires									
. Code d'éthique									
. Fiche de présence									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
4. Méthodes de soins									
. Signes vitaux									
. Signes neurologiques									
. Prélèvement de sang par ponction veineuse									
. Hémoculture									
. Installation d'une perfusion I.V. par:									
. cathéter									
. micro perfuseur									
. pompe volumétrique									
. burette									
. cathéter intermittent									
. Dosage des ingérés-excrétés									
. Intubation gastrique									
. Irrigation gastrique									
. Pansement simple									
. Pansement avec drain									
. Exérèse de points de suture									
. Exérèse d'agrafes									
. Lavement évacuant									
. Lavement Fleet									
. Soins à l'usager stomisé									
. colostomie									
. urostomie									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
6. Pharmacie									
. Préparation du panier à pharmacie									
. Médicaments au commun									
. Utilisation des cartes fiches									
. Préparation des médicaments									
. Administration des médicaments									
. Per os									
. intra musculaire									
. sous cutané									
. intra veineux									
. Enregistrement au dossier									
. Narcotiques									
. Préparation et administration									
. Enregistrement									
7. Autres services									
. Réquisitions									
. laboratoires									
. radiologie									
. électrocardiographie									
. physiothérapie									
. inhalothérapie									
. diète									
. Préparations									
. examens radiologiques									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
8 a) Urgence									
. Vêtements des usagers									
8 b) Soins intensifs									
. Moniteur cardiaque									
. Défibrillateur									
. Swan - Ganz									
. Canule artérielle									
. Administration de soluté par voie									
. jugulaire									
. sous-clavière									
. Lecture de la tension veineuse centrale									
8 c) Obstétrique-gynécologie									
. Auscultation du coeur foetal									
. Douche vaginale									
. Soins épisiotomie									
. Palpation du fond utérin									
. Mesure de l'involution utérine									
. Lochies (normalité)									
. Soins des seins									
. Assistance à l'examen vaginal									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
8 g) Psychiatrie · Salle d'isolement									
8 h) Soins de longue durée et centre d'accueil Youville									
· Heures de travail									
· Charte des droits et liberté de la personne âgée									

ANNEXE 6

CARNET D'ORIENTATION DE L'INFIRMIERE

Centre hospitalier de Rouyn-Noranda

Carnet d'orientation de l'infirmière

Nom _____

Date du début de l'orientation _____

Date de la fin de l'orientation _____

Direction des soins infirmiers

1994

Bonjour,

La direction des soins infirmiers du centre hospitalier de Rouyn-Noranda vous souhaite la plus cordiale bienvenue.

Le présent carnet se veut un guide des éléments que vous devez tenter d'acquérir ou de parfaire durant la période d'orientation. Vous avez la responsabilité de faire les démarches nécessaires pour vous approprier ces éléments. Après la période d'orientation, vous aurez la possibilité de poursuivre vos apprentissages en cours d'emploi.

N'hésitez pas à communiquer avec moi pour toute information supplémentaire.

Bonne chance dans ce nouveau défi!

Diane Ethier
Conseillère en formation
poste 5501
local 501

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
1. CHRN									
. Mission et objectifs du CHRN									
. Services offerts aux employés									
. Visite des lieux									
. Politiques en santé-sécurité au travail									
. Rapport d'analyse d'accident									
. SIMDUT									
. Plan de désastre									
. Panneaux indicateurs d'incendie									
. Déchets bio-médicaux (DBM)									
. Répertoire téléphonique interne									
. Politique sur l'usage du tabac									
2. DSI									
. Mission et philosophie									
. Modèle conceptuel									
. Objectifs									
. Organigramme									
. Actes médicaux délégués									
. Méthodes de soins									
. Dossier de l'utilisateur									
. Logiciel SISSI									
. Répertoire des ressources communautaires									
. Code d'éthique									
. Fiche de présence									
. Confidentialité									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
. Bruit									
. Rôle autonome de l'infirmière									
. Droits des usagers									
. Pamphlet d'information pour usager hospitalisé									
3. Politiques, procédures et règles de soins									
. Code 777									
. Code 888									
. Code 999									
. Rapport accident/incident									
. Heures de visite									
. Transferts inter hospitaliers									
. Transferts d'unité									
. Cure fermée									
. Utilisation des contentions									
. Inscription des narcotiques									
. Télémétrie									
. Objets de valeur									
. Graduation et identification des solutés									
. Système de cloches									
. Décès									
. Déclaration d'infection									
. Traitement des plaintes									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
4. Méthodes de soins									
. Signes vitaux									
. Signes neurologiques									
. Prélèvement de sang par ponction veineuse et identification									
. Hémoduculture									
. Installation d'une perfusion I.V. avec:									
. cathéter (jelco)									
. cathéter intermittent									
. Surveillance d'une perfusion I.V. Par:									
. gravité									
. burette									
. mini perfuseur									
. pompe volumétrique									
. Transfusion sanguine									
. Dosage des ingérés-excrétés									
. Intubation gastrique									
. Irrigation gastrique									
. Pansement simple									
. Pansement avec drain									
. Exérèse de points de suture									
. Exérèse d'agrafes									
. Lavement évacuant									
. Lavement Fleet									
. Soins à l'usager stomisé									
. colostomie									
. urostomie									
. Drainage thoracique									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
. Cathétérisme ou sonde à demeure									
a) chez l'homme									
b) chez la femme									
b) chez l'enfant									
. Spirométrie									
. Administration d'oxygène									
. Installation des moyens de contensions									
. Rasage pré-opératoire									
. Prélèvement									
. gorge									
. plaie									
. selles									
. urines									
. expectorations									
. Vidange de l'hémovac									
. Techniques d'isolation									
5. Manipulation d'appareils									
. Glucomètre									
. Pompe volumétrique									
. Pompe pca									
. portative									
. sur pied									
. Mini perfuseur									
. Appareil automatique pour prise de T.A.									
. Saturomètre à oxygène									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
. Lève patient									
. Toile Surgi-Lift									
. Thermomètre électronique									
. Chaise hydraulique pour bain tourbillon									
6. Pharmacie									
. Préparation du panier à pharmacie									
. Médicaments au commun									
. Utilisation des cartes fiches									
. Préparation des médicaments									
. Vérification des médicaments à leur retour de la pharmacie									
. Administration des médicaments									
. Per os									
. intra musculaire									
. sous cutané									
. intra veineux									
. Enregistrement au dossier									
. Narcotiques									
. Préparation et administration									
. Enregistrement									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
7. Autres services									
Réquisitions									
laboratoires									
radiologie									
électrocardiographie									
physiothérapie									
inhalothérapie									
diète									
Préparations									
examens radiologiques									

8. Unités de soins

Pour chacune des unités où vous allez en orientation, vous devez connaître les éléments suivants:

	Salle d'urgence	Soins intensifs	Pouponnière	Obstétrique-gynécologie	Médecine	Chirurgie	Soins de longue durée	Pédiatrie	Psychiatrie	Centre d'accueil
. Mission et philosophie										
. Organisation du travail										
. Visite des lieux										
. Plan d'évacuation										
. Kardex										
. Feuille de route										
. Dossiers										
. Chariot d'urgence										
. Localisation										
. contenu										
. Règlements de l'unité										
. Procédures										
. Protocoles										
. Ordonnances permanentes										
. Programmes d'enseignement										
. Identification des usagers										
. Admission/congé										
. Feuille collecte de données										
. Heures de visite										

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
8 a) Urgence									
. Vêtements des usagers									
. Lavage d'estomac									
. Administration de charbon de bois									
. Vérification de l'identité de l'usager									
8 b) Soins Intensifs									
. Moniteur cardiaque									
. Défibrillateur									
. Cardioversion									
. Swan - Ganz									
. Canule artérielle									
. Administration d'oxygène									
. Aspiration des sécrétions (lavage bronchique)									
. Administration de soluté par voie									
. jugulaire									
. sous-clavière									
. Lecture de la tension veineuse centrale									
8 c) Obstétrique-gynécologie									
. Auscultation du coeur foetal									
. Douche vaginale									
. Soins épisiotomie									
. Palpation du fond utérin									
. Mesure de l'involution utérine									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
. Évaluation des pertes sanguines en post-partum immédiat									
. Lochies (normalité)									
. Soins des seins									
. Allaitement									
. Assistance à l'examen vaginal									
8 d) Pouponnière . Bain du nouveau-né									
. Soins du cordon ombilical									
. Soins de la peau, des yeux et des organes génitaux									
. Administration d'oxygène									
. Aspiration des sécrétions									
. Photothérapie									
. Accucheck III									
. Allaitement maternel									
. tire-lait électrique									
. salon d'allaitement									
. Notions de sécurité avec bébé									
. Mesure d'aseptie									
. lavage des mains									
. uniforme et sarrau									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
8 e) Médecine									
. Hyperalimentation parentérale									
. Programme d'enseignement pour usagers "anticoagulés"									
8 f) Chirurgie									
. Préparation de l'usager à une chirurgie									
. Vêtements des usagers lors de transferts									
. Irrigation vésicale continue									
. Irrigation vésicale intermittente									
. Drainage par tube en t									
. Drainage par hémovac									
8 g) Pédiatrie									
. Administration d'oxygène par tente faciale et croupette									
. Prélèvement d'urine par sac collecteur (U-bag)									
. Immobilisation par momification									
. Moniteur d'apnée									
. pH métrie									

Apprentissages	Acquis antérieurs			Stratégie d'enseignement		Evaluation			
	oui	non	à revoir	Théorique	Pratique	Acquis	à améliorer	non acquis	Commentaires de la personnes ressource
8 h) Psychiatrie . Salle d'isolement									
. Relation d'aide									
8 l) Soins de longue durée et centre d'accueil Youville									
. Heures de travail									
. Charte des droits et liberté de la personne âgée									
. Résidents à risque de fugue (Procédures)									
. Bracelets magnétiques									
. Résidents avec déficits cognitifs (interventions)									
. C.T.M.S.P.									
. Fumeurs									
8 l) Service de distribution et de stérilisation									
. Fonctionnement du service									
. Entretien des instruments									
. Visite partielle des lieux									

ANNEXE 7

**PROJET D'HORAIRE DES ACTIVITÉS DE LA PÉRIODE D'ORIENTATION DE LA
NOUVELLE INFIRMIÈRE**

Projet d'horaire des activités

Jour	Heure	Sujet	Durée	Personne ressource
Jour 1	8 à 9h	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil - Mission et objectifs du CHRN - Services offerts aux employés - Politiques générales: <ul style="list-style-type: none"> .tabac . casiers visites épinglettes confidentialité stationnement présence au travail - Code d'éthique - Ouverture des dossiers 	60 minutes	Agente de dotation, direction des ressources humaines
	9h à 9h15	Régimes d'assurance	15 minutes	Commis senior, direction des ressources humaines
	9h15 à 9h45	<ul style="list-style-type: none"> - Mot de bienvenue - Présentations - Principes directeurs, objectifs, activités, horaire et contenu de l'orientation 	30 minutes	Conseillère en formation
	9h45 à 10h15	<ul style="list-style-type: none"> - Mission, philosophie et objectifs de la direction des soins infirmiers - Organigramme - Clientèle - Modes de prestation des soins - Rôle des membres de la direction des soins infirmiers, du comité exécutif du conseil des infirmiers et infirmières, du syndicat 	30 minutes	Directrice des soins infirmiers
	10h15 à 10h30	Pause santé		

Projet d'horaire des activités

Jour	Heure	Sujet	Durée	Personne ressource
Jour 1 (suite)	10h30 à 11h00	Documents de référence: <ul style="list-style-type: none"> - actes médicaux délégués - méthodes de soins - procédures - recueil des ressources communautaires - politiques et règlements administratifs - description de fonction 	30 minutes	Conseillère en formation
	11h00 à 12h30	Procédures administratives <ul style="list-style-type: none"> - inscription sur la liste de disponibilité - assignation des remplacements - rôle de la technicienne en administration et de la coordonnatrice des activités de remplacement - procédure de rappel - gestion de la présence au travail - avis d'absence - horaire individuel de travail - primes - sous-service des unités - code de motif - heures régulières, supplémentaires et autres - période de probation: durée et fonctionnement - modalités de l'évaluation de l'employé en période de probation - rôle des acteurs - remise du formulaire d'évaluation 	90 minutes	Coordonnatrice des activités de remplacement et technicienne en administration

Projet d'horaire des activités

Jour	Heure	Sujet	Durée	Personne ressource
Jour 1 (suite)	12h30 à 13h15	Dîner		
	13h15 à 14h45	- Présentation des infirmières-chefs et du fonctionnement de leur unité	30 minutes	Infirmières-chefs d'unité de soins
	13h45 à 14h45	- Composition et rôle du comité de prévention des infections - Déclaration d'infection - Techniques d'isolement et précautions universelles - Plan d'action du PAMAC - Objectifs en rapport avec les recommandations du conseil canadien d'agrément - Objectifs en regard de la prévention des risques chez l'utilisateur	60 minutes	Conseillère en évaluation de la qualité des soins infirmiers
	14h45 à 15h00	Pause santé		
	15h00 à 16h00	- Visite du centre hospitalier - Localisation et fonctionnement des services	60 minutes	Conseillère en formation

Projet d'horaire des activités

Jour	Heure	Sujet	Durée	Personne ressource
Jour II	8h00 à 11h30	Manipulation de divers appareils tels: <ul style="list-style-type: none"> - thermomètre électronique - pompes volumétriques - mini perfuseurs - pca portatif et pca mobile - glucomètre - appareil automatique pour prise de tA - saturomètre à oxygène - moniteur cardiaque - code 777 - composition et fonctionnement de l'équipe à code - positionnement et mise en place des électrodes - tracé normal - surveillance et installation de la télémétrie - swan-ganz et ligne artérielle - relevé des ordonnances médicales - feuilles au dossier de l'usager - utilisation des requêtes des différents services - commandes de médicaments et préparation du panier à pharmacie 	3 heures	Formateur désigné
	11h30 à 12h00	Transferts inter hospitaliers	30 minutes	Coordonnatrice des activités
	12h00 à 13h00	Dîner libre		

Projet d'horaire des activités

Jour	Heure	Sujet	Durée	Personne ressource
Jour II (suite)	13h00 à 14h00	<ul style="list-style-type: none"> - Gestion des risques - Règlement sur l'utilisation des contensions - Législation concernant la garde en établissement - Loi relative au consentement aux soins et aux traitements - Obligations relatives à la confidentialité - Rapports d'accident - incident 	60 minutes	Conseillère en appréciation de la qualité et gestion des risques
	14h00 à 14h30	<ul style="list-style-type: none"> - Politiques de santé et sécurité au travail - Rapport d'analyse d'accident - Plan de désastre - Équipe d'intervention physique - Prévention des piqûres d'aiguilles 	30 minutes	Agent de prévention
	14h30 à 15h00	Pause santé		
	15h00 à 16h00	Centre d'accueil Youville <ul style="list-style-type: none"> - visite des lieux - philosophie de soins (milieu de vie) - charte des droits et libertés de la personne âgée 	60 minutes	Infirmier-chef d'unité du centre d'accueil Youville

Projet d'horaire des activités

Jour	Heure	Sujet	Durée	Personne ressource
Jour III	8h00 à 16h00	- Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (pdsb) - Système d'information des matières dangereuses utilisées au travail - Déchets biomédicaux	7,25 heures	Formateur désigné
Jours IV et Jour V	8h00 à 16h00	Utilisation du logiciel SISSI		
Jour VI et plus	selon cédule	Orientation spécifique aux unités de soins	2 jours/unités de soins	Infirmière-chef de l'unité de soins ou personne désignée par celle-ci

ANNEXE 8

**FORMULAIRE D'ÉVALUATION DE LA PÉRIODE D'ORIENTATION PAR LA
NOUVELLE INFIRMIÈRE**

Date de l'orientation: du _____ au _____

1. L'information et l'orientation générale des premières journées ont-elles répondu à tes attentes et à tes besoins?

oui _____ non _____ autre _____

Si non, qu'est-ce qui devrait être modifié?

2.1 Du point de vue professionnel, qu'est-ce que ces semaines t'ont apporté?

- Familiarisation à l'environnement humain et physique, à la structure fonctionnelle, à tout ce qui caractérise le nouveau milieu et est immédiatement utile à l'infirmière

- Prise en charge progressive des nouvelles tâches, fonctions et responsabilités inhérentes à la fonction d'infirmière

- autre

2.2 Du point de vue personnel, dans quelle mesure ces semaines ont-elles collaboré

- à développer chez toi un sentiment d'appartenance au CHRN

- à répondre à tes besoins individuels d'apprentissage _____

3. Décris-moi brièvement l'accueil et l'orientation que tu as reçus sur les différentes unités où tu as été orientée:

Salle d'urgence:

Soins intensifs:

Gynéco-obstétrique:

Pouponnière:

Médecine:

Chirurgie:

**Soins de longue
durée:**

Pédiatrie:

Psychiatrie:

**Centre d'accueil
Youville:**

4. As-tu des suggestions pour améliorer la période d'orientation?

Merci de ta collaboration

**Diane Éthier
Conseillère en formation
local 501**

ANNEXE 9
FICHE D'ANALYSE DES TÂCHES

FICHE D'ANALYSE DES TÂCHES

DESCRIPTION DES TÂCHES (résultat du rendement désiré)	NORMES DE RÉALISATION (attendu)	ATTITUDES OU RÉALISATIONS ACTUELLES (réalité)	ÉCARTS	CLASSIFICATION				RECOMMANDATIONS DE SOLUTIONS POUR F.O.	SOLUTIONS POUR F.I. OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE	PRIORITÉS
				F.I.	causes	F.O.	causes			
					S <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/>		IT <input type="checkbox"/> R&P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
					S <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/>		IT <input type="checkbox"/> R&P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
					S <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/>		IT <input type="checkbox"/> R&P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			
					S <input type="checkbox"/> SF <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/>		IT <input type="checkbox"/> R&P <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> RE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>			

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Association des centres hospitaliers et d'accueil du Québec et Sobeco Ernst et Young, *Guide d'élaboration d'un plan de développement des ressources humaines*, Bibliothèque Nationale du Québec et du Canada, 1993, 69 p.

Association des centres hospitaliers et des centres d'accueil privés du Québec, *Manuel de gestion des soins infirmiers*, Bibliothèque Nationale du Québec et du Canada, 1986, 1201 pp.

Association des directeurs et responsables des soins infirmiers du Québec, *L'évolution des soins infirmiers au Québec; pour une dynamique d'amélioration continue*, janvier 1993, 27 p.

Association des hôpitaux du Québec, *Guide de gestion des plans de développement des ressources humaines prévus aux conventions collectives*, avril 1990, 35 p.

Association des hôpitaux du Québec, *L'organisation des soins infirmiers: évolution et perspectives*, Bibliothèque Nationale du Québec et du Canada, 1990, 141 p.

Association des hôpitaux du Québec, *Le plan de développement des ressources humaines*, Bibliothèque Nationale du Québec et du Canada, 1992, 71 p.

Aubé Lucien, notes du cours "*Apprendre par compétence en formation*", Université du Québec à Montréal, mai 1995

Beaumier Jocelyne, *Manuel de règles et procédures pour la gestion d'un service de formation*, éditions Cognitix Inc., Longueuil, non paginé et non daté.

Bélangier Laurent, Petit André, Bergeron Jean-Louis, *Gestion des ressources humaines*, Gaétan Morin éditeur, 1983, 419 p.

Bernard Jean-Louis, *L'éducation permanente de l'infirmier(ère), élaboration d'un modèle*, AIPQ, novembre 1972, p. 10

Bertalanffy, L.Von, *Théorie générale des systèmes*, Paris, Dunod, 1973

Bertrand Yves, Guillemet Patrick, *Les organisations, une approche systémique*, Les éditions Agence d'arc Inc., Montréal, 1989, 333 p.

Bizier Nicole, *La démarche de soins infirmiers selon le modèle de Virginia Henderson*, département de techniques infirmières, Collège de Sherbrooke, avril 1982

Boily-Morin Monique, Gauthier Guy, *Processus d'insertion des finissants des programmes professionnels au marché du travail*, Collège de Drummondville, décembre 1986, 248 p.

Bouhat Chantal, *Guide de présentation des mémoires et thèses*, Université du Québec à Montréal, 1993, 110 p.

Brown J.M., Berrieu F.K. and Russell D.L., *Applied psychology*, McGraw Hill, 1966

Bruyne P. de, Herman J. et De Schoutheete, M (1984), *Dynamique de la recherche en sciences sociales*, Presses Universitaires de France, 240 p.

Campbell J.A., Dunette M.D., Lawler E.E. et Weick K.E., *Managerial behavior, performance and effectiveness*, McGraw Hill, 1977

Centre hospitalier Hôtel Dieu d'Amos, *Accueil et orientation des infirmières, candidates à l'exercice de la profession, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires*, novembre 1990

Centre hospitalier Hôtel Dieu de Gaspé, *Programme d'orientation pour infirmières et infirmiers*, mai 1991

Centre hospitalier Hôtel Dieu de Saint-Jérôme, *Programme d'orientation du personnel infirmier*, DSI-secteur clinique, septembre 1992

Centre hospitalier de Jonquière, *Carnet d'orientation technique*, direction des soins infirmiers, mars 1987

Centre hospitalier de Rouyn-Noranda, *Façonnons l'avenir*, Orientations 1988-93, 36 p.

Centre hospitalier de Rouyn-Noranda, *Manuel de gestion*, section de la direction des soins infirmiers, 1993

Centre hospitalier St-François d'Assise de La Sarre, *Programme d'orientation des infirmières*, mai 1990

Collège de l'Abitibi-Témiscamingue, *Carnet de techniques de soins*, département de soins infirmiers.

Cloutier Renée et Trottier Claude, *Formation professionnelle universitaire de premier cycle et insertion professionnelle*, recueil d'articles "Enjeux actuels de la formation professionnelle", sous la direction de Pierre Dandurand, Institut québécois de la recherche sur la culture, 1993, p. 123 à 146

Collerette Pierre, Delisle Gilles, *Le changement planifié*, Les éditions d'Agence d'arc Inc., Montréal, 1982, 213 p.

Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, *La gestion des risques et les établissements de santé au Canada*, 1991, 49 p.

Corwin Ronald G., Taver, Marwin J. et Maas Eugene, Professional disillusionment, *Nursing Research*, summer 1961, p. 141-144

Côté Charles, *Partenariat Ecole-Communauté, manuel méthode et outils*, Editions Guérin, Montréal, 1993, 246 p.

Dandurand Pierre et al, *Enjeux actuels de la formation professionnelle*, Institut québécois de la recherche sur la culture, 1993, 271 pp.

Editeur officiel du Québec, *Code des professions*, Bibliothèque Nationale du Québec, 1991, 53 p.

Editeur officiel du Québec, *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, Bibliothèque Nationale du Québec, 1986, 10 p.

Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, *Convention collective*, 1989-91, 317 p.

Fortier-Havelka Colette, *Enquête sur l'exercice de la profession par les infirmières et infirmiers inscrits au tableau de l'ordre depuis 1981*, Bibliothèque Nationale du Québec et du Canada, 1984, 115 p.

Fortin Johanne, Gagnon Stéphanie, Tremblay Chantal, *Analyse d'un changement*, travail présenté à Mme Murielle Bolduc-Bourdoux dans le cadre du cours "L'infirmière face au changement", novembre 1992, 11 p.

Gale L.E., Pol G., Competence: definition and conceptual, scheme educational technology, *Nursing Research*, juin 1975, p. 17-25

Gouvernement du Québec, ministère de l'environnement, *Les déchets biomédicaux, le règlement en bref*, non daté, ni paginé

Gouvernement du Québec, *La main d'oeuvre en soins infirmiers*, rapport du comité d'étude, mars 1987, 120 p.

Goyette Gabriel, Lessard-Hébert Michelle, *La recherche-action, ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*, Presses de l'université du Québec, 1987, 204 p.

Havelock R.G., Huberman A. Michael, *Innovations et problèmes de l'éducation*, Bureau international de l'éducation, Unesco, 1980, p.410

Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme, *Journée de formation pour les monitrices*, septembre 1992, 10 p.

Hotte Claude G., *Optimiser la performance au travail*, Editions Stratégie, 1993, 79 p.

Ketefian Shaké, "Professionnal and bureaucratic role conception and moral conceptions and moral behavior among nurses, *Nursing Research*, Vol. 34, 1985, p. 248 à 253

Ketele de, Jean-Marie, *Représentation qu'ont de l'école les parents, élèves et professeurs de l'enseignement secondaire*, Sciences de l'éducation. 1981, p. 67

Kérouac Suzanne, Duquette André, Sandhu Balbir K., *Système pour dispenser des soins infirmiers*, une étude de cas du système modulaire, faculté des sciences infirmières, université de Montréal, février 1992, 54 p.

Kramer Marlene, *Reality shock why nurse learn nursing*, C.V. Mesby Co., 1974, 45 p.

Lapassade Georges, *L'entrée dans la vie*, Union générale d'éditions, collection 10/18, 1963, non paginé

Lapointe Jacques Jean, *La conduite d'une étude de besoins en éducation et en formation*, Presses de l'université du Québec, 1992, 307 p.

Larouche Viateur, *Formation et perfectionnement en milieu organisationnel*, Editions JCL inc., 1984, 431 p.

Lawrence Paul R. et Lorsch Jay-William, *Adapter les structures de l'entreprise*, Editions d'organisation, 1973, 223 p.

Legendre Renald, *Dictionnaire actuel de l'éducation*, Guérin éditeur limitée, 1993, 1500 p.

Maheux Gisèle, *L'amélioration de l'exercice de la fonction soutien à la direction régionale d'Abitibi-Témiscamingue, une application de la méthodologie des systèmes souples*, Centre d'études universitaires d'Abitibi-Témiscamingue, avril 1992, 200 p.

Malone Mary F., The dilemma of a professional in a bureaucracy, *Nursing Forum*, 1964, p. 36-60

Massé D., Larouche J., *La gestion des besoins de formation et de perfectionnement*, administration hospitalière et sociale, juin-juillet 1975, p. 12

Mélèse Jacques, *L'analyse modulaire des systèmes de gestion*, A.M.S., Editions hommes et techniques, 1972, 233 p.

Meignant Alain, *Manager la formation*, Éditions Liaisons, 1995, 348 p.

Ministère de la santé et des services sociaux, *Mobilisation du personnel*, conçu par le groupe CFC, Bibliothèque Nationale du Québec, 1993, 108 p.

Mintzberg Henry, *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation, 1982, 434 p.

Munn Norman L., *Traité de psychologie: les principes fondamentaux de l'adaptation humaine*, Payot, 1967, 562 p.

Munson P., Clinton J., Defining nursing assignment patterns, *Nursing Research no 28*, 1979, p. 243 à 249

Nadeau Marc-André, *L'évaluation de programme*, Les presses de l'université Laval, 1988, 430 pp.

Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec, *Le conseil des infirmières et infirmiers, une instance stratégique*, Bibliothèque Nationale du Québec et du Canada, 1993, 88 p.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Enquête sur l'exercice de la profession par les infirmières et infirmiers inscrits au tableau de l'Ordre depuis 1981*, mars 1984, 83 p.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, *L'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier du Québec*, Tome 1, septembre 1980, 42 p.

Ordre des infirmiers et des infirmières du Québec, *Extraits de l'évaluation de la compétence professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier du Québec*, Edition Montréal, 1985, 58 p.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *L'orientation*, mai 1974, 34 p.

Payette Adrien, *L'efficacité des gestionnaires et des organisations*, Presses de l'université du Québec, 1988, 310 p.

Petit André, *Les infirmières, de la vocation à la profession*, Les éditions du Boréal, 1989, 408 p.

Petit André, Bélanger Laurent, Benabou Charles, Foucher Roland, Bergeron Jean-Louis, *Gestion stratégique et opérationnelle des ressources humaines*, Gaétan Morin éditeur, 1993, 179 p.

Pôlet-Masset Anne-Marie, *Développer son autonomie en soins infirmiers*, Gaétan Morin éditeur, 1993, 127 p.

Pourtois Jean-Pierre, Desmet Huguette, *Epistémologie et instrumentation en sciences humaines*, Editeur Pierre Mardago, 1988, 235 p.

Rami A., *Technologie éducative et formation pédagogique initiale des professeurs de second cycle au Maroc: Vers un programme de formation pédagogique initiale axé sur l'analyse systématique et systémique des besoins en formation et sur l'implication conscientisante des acteurs*, Thèse de doctorat, Faculté des Sciences de l'éducation, Université Laval, 1990

Rehayem Gérard-Philippe, *La supervision des ressources humaines*, Gaétan Morin éditeur, 1992, 333 p.

Riopelle Lise, *Tendances professionnelles des étudiantes infirmières du Cegep et celles des infirmières-chefs à leur égard*, Université de Montréal, juin 1978, 97 p.

Riverin-Simard Danielle, *Les étapes de vie au travail*, Editions Saint-Martin, 1984, 232 p.

Rosnay Joel De, *Le microscope: Vers une vision globale*, Editions du Seuil, 1975, 305 p.

Schein Edgar H., *Organizational socialization and the Profession of management*, Industrial management review, winter 1968, p. 1 à 16

Shukla K.S., Structure vs people in primary nursing: an inquiry, *Nursing Research no 30*, 1982, p. 236 à 241

St-Amour Ghislaine, Desgroseillers France, Richard Monique, *Engagement professionnel*, Decarie éditeur, 1987, 265 p.

Syndicat canadien de la fonction publique, *Convention collective*, 1989-91

Tremblay Diane-Gabrielle, *Evolution économique, innovation et besoins de formation*, recueil d'articles "Enjeux actuels de la formation professionnelle, sous la direction de Pierre Dandurand, Institut québécois de la recherche sur la culture, 1993, p. 147 à 175

Weiss W.H., *Supervisor's standard reference handbood*, Prentice-Hall, New Jersey, 1980, chap 3.

Werther, William B. Jr, Keith Davis, Hélène Lee-Gosselin, *La gestion des ressources humaines*, McGraw-Hill éditeurs, 1985, 716 p.

Wilson B., *Systems: Concepts Methodologies and applications*, Wiley and Sons, 1984

POLITIQUE

Centre hospitalier de Rouyn-Noranda, *Politique de formation et de développement des ressources humaines*, mars 1994