

Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner

Magnet hospitals: a hospital with good working and care conditions

Brunelle Y¹

Résumé

En 1983 paraît une étude américaine montrant que si les problèmes de roulement élevé du personnel infirmier étaient déjà répandus, certains hôpitaux s'en tiraient nettement mieux. Ils recrutaient et gardaient assez facilement, de là leur nom d'hôpitaux magnétiques.

Pourquoi eux ? Encore aujourd'hui, la littérature évaluative est d'une grande cohérence quant aux variables critiques à la base de leur succès. Celles constituant des incitatifs non-économiques (comme la valorisation et le soutien) sont d'aussi puissants, sinon de plus puissants, « prédicteurs » de comportements que les variables jouant sur le revenu. Ces hôpitaux paient bien, mais rien de hors-normes. Ce qui est exceptionnel, c'est le milieu de travail et la satisfaction à y évoluer.

Dès l'étude initiale, les auteurs notent la convergence entre les réponses des infirmières et celles de la direction, sur les éléments qui font que des hôpitaux sont magnétiques. La lecture de la réalité est similaire. Dès lors, *a priori*, on fait assez confiance et ne cherche pas un éventuel agenda caché. C'est une gestion par les « gestes et l'exemple ».

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

Ces portraits canadien, européen ou encore de sous-systèmes américains (comme l'exemple de Kaiser Permanente) montrent que des éléments systémiques jouent. Le tout n'est pas qu'affaire de gestion d'établissements isolés. Le dossier hôpitaux magnétiques ne doit pas servir à dédouaner les administrations centrales. La tentation sera toutefois forte.

Prat Organ Soins 2009;40(1):39-48

Mots-clés : Hôpital ; magnétique ; qualité des soins ; infirmier ; profession infirmier.

Summary

In 1983, a study was published showing that, if hospitals were already facing a nursing turn over problem, some were still doing well. They had no retention or recruiting difficulties. They were then labelled as *Magnet Hospitals*.

But why them? 25 years later, evaluations are still showing a great consistency in the major elements explaining those results. Non economic incentives (ex. valorization, support) appear to be as important, or even more, than the traditional economic ones. Those hospitals pay well, but nothing really outstanding. However, what is exceptional is the working environment. For providers, their hospital is a *good place to work* that you can be proud of.

In the initial study, researchers emphasized the coherence in the answers given by the nurses and the management. Both had the same explanations for their success. They shared a *point de vue*. The same findings still prevails today. Providers are not constantly looking for a hidden agenda. Trust is well established.

Magnet Hospitals display the main characteristics of what is now known as "good employers". So we suggest to extend what appears to make the Magnets so special to other categories of personnel, than the single nurses.

Data from Canada, European countries and some US systems like Kaiser or the VHA show that systemic aspects are important issues. The working environment is not only a "local game", meaning that "head offices" are free to pleasantly roam around, strutting and hustling everybody else. Raising Magnet Hospitals as an issue in a national system should not put them off the hook. Yield to this bias will be the last temptation.

Prat Organ Soins 2009;40(1):39-48

Keywords: Hospital; magnet; quality of health care; nurses; nursing.

¹ Chercheur, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (Canada).

Adresse pour correspondance : Yvon Brunelle, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 1075 chemin Ste Foy, 9e, G1S 2M1 Québec, Province de Québec, Canada.
E-mail : Yvon.brunelle@mss.gouv.qc.ca

INTRODUCTION

Il existe des hôpitaux américains qualifiés de *magnet hospitals*. Ils sont ainsi étiquetés parce qu'ils parviennent, mieux que les autres, à attirer et retenir le personnel infirmier. Nous les identifions de manière similaire : les hôpitaux magnétiques.

Passé certains seuils, un roulement élevé de personnel infirmier devient source de dysfonctionnement. Dès lors, il constitue un indicateur de non qualité que ce soit en milieu ambulatoire, hospitalier ou de séjours de longue durée [1-9]. Celui des hôpitaux magnétiques est évidemment plus bas que la moyenne.

Notre hypothèse est que d'indicateur spécifique à la seule réalité infirmière, le roulement de cette catégorie de personnel est devenu un indicateur beaucoup plus vaste de la réalité hospitalière, que ce soit sur la base d'un établissement, mais aussi d'un réseau ou d'un système. Le taux de roulement devient une forme de cas traceur [10].

Dans cet article, nous :

1. retraçons l'origine des hôpitaux magnétiques ;
2. traitons leur élément clé : le roulement de personnel ;
3. analysons leurs incitatifs et l'évolution connue ;
4. les situons par rapport au titre de « bonne entreprise » ;
5. montrons le lien avec les questions de qualité et d'efficacité.

À des degrés variables, les difficultés affectant le personnel infirmier sont communes à toutes les sociétés occidentales, et s'accompagnent d'une perception de mauvaise utilisation du *nursing* (rôles, tâches) [2, 11-15]. Mais certains systèmes ou certains milieux réussissent mieux.

1. Apparition de la notion d'hôpital magnétique

Dès le début des années 1980, aux États-Unis plusieurs groupes concernés (administrateurs, assureurs, chercheurs) ont pris conscience des problèmes concernant les effectifs infirmiers [16]. La pénurie était déjà manifeste. Un seuil critique avait été atteint, et même dépassé dans plusieurs centres hospitaliers. Les dysfonctionnements en étaient accentués. Or, le personnel infirmier dispense la majorité des soins dans un centre hospitalier.

C'est en 1983 qu'est parue l'étude [16] montrant que si les problèmes de gestion du personnel infirmier étaient très répandus, en particulier ceux liés à un roulement élevé. Certains hôpitaux réussissaient nettement mieux. Comparativement, ils recrutaient et gardaient assez

facilement leur personnel infirmier [1, 13, 16, 17]. La question devient : pourquoi eux ?

Pratiquement au même moment les *Diagnosis related groups* (DRG) étaient introduits pour le paiement des hôpitaux, mode de paiement maintenant très répandu dans divers pays européens (T2A en France). La pression pour une gestion efficace des lits des hôpitaux, particulièrement leurs durées de séjour, s'est accentuée. Or, un fort roulement de personnel handicape un fonctionnement optimal et influe négativement sur les durées de séjour [18, 19]. Le questionnement n'en devient que plus aigu.

En soi, le milieu hospitalier semble assez délétère, si on s'en remet aux taux d'absentéisme et d'incapacité. Depuis longtemps, ceux des infirmières dépassent ceux de presque toutes les autres professions [2, 13, 20, 21]. C'est un travail exigeant mentalement et physiquement. Si un contexte négatif se superpose, les effets peuvent être rapides, spectaculaires et difficilement réversibles [8, 22].

2. Satisfaction, intention de quitter et roulement

Le roulement du personnel peut être « normal » (au sens de souhaitable), ni trop élevé, ni trop bas [8, 23]. Il peut être aussi volontaire ou involontaire, donc plus ou moins sous le contrôle des appareils administratifs. Nous nous intéressons ici au roulement élevé, celui sous contrôle potentiel des administrations et affectant le plus régulièrement, et négativement, un établissement, un réseau ou un système.

Un fort roulement de personnel est considéré être une sérieuse source de problèmes, en particulier lorsque la connaissance mutuelle, le travail d'équipe, l'expertise professionnelle, la circulation de l'information, et le temps de formation en emploi constituent des variables critiques d'un milieu donné. C'est le cas des milieux hospitaliers [2, 3, 24-28].

Des coûts sont induits par le besoin de recruter et de recourir aux agences ou au temps supplémentaire, surtout forcé (ce qui accentue l'insatisfaction, le roulement et les événements négatifs) [8, 29-33]. À ces coûts s'ajoutent ceux de la formation des nouvelles venues, du ralentissement requis par le temps d'adaptation, d'une baisse de productivité de celles en place, d'une utilisation non optimale des lits (pratique plus défensive, moral affecté, cohésion d'équipe ébranlée, continuité d'approche instable) [8, 19, 21].

Indépendamment de ces effets, un roulement élevé peut aussi témoigner de problèmes internes de gestion, soit spécifiques à un établissement, soit caractéristiques d'un système [7, 34]. En fait, il apparaît difficilement

pensable (*face validity*) que les infirmières puissent être satisfaites dans un établissement donné ou dans un système, alors que les autres groupes de dispensateurs fuiraient. Aux États-Unis, les données du réseau *Mayo*, de *Kaiser permanente* et du *Veterans health administration* [7, 18, 25, 35-37] montrent ce que Aiken [1] appelle un effet de halo, l'ensemble des groupes sont touchés positivement ou négativement.

Un milieu délétère accentue les problèmes de pénurie par un épuisement du personnel en place, mais aussi, comme le soulignent Baumann *et al.* [2], décourage les éventuelles recrues. Au Québec, Dussault *et al.* [38] signalent que plusieurs étudiantes infirmières abandonnent en cours de route. À long terme il est vrai, ceci peut devenir un problème encore plus sérieux que le seul roulement. Avoir quelques hôpitaux, aussi magnétiques soient-ils, ne pourra suffire à compenser une image d'ensemble négative. Eux aussi feront de plus en plus face à une incontournable pénurie. Les hôpitaux magnétiques américains ne sont pas dans une période faste. Les difficultés d'ensemble les affectent aussi, mais moins, nettement moins.

La profession d'infirmière est actuellement peu prisee. Cette situation préoccupante ne date pas d'hier [38, 39]. On est alors dans un cercle vicieux dont il devient difficile de sortir [8, 22]. Le faible recrutement accentue les pressions sur les infirmières en place, ce qui détériore davantage le milieu et augmente les perceptions négatives externes conduisant à une fuite de la profession [40].

Le lien satisfaction/insatisfaction au travail et rétention/roulement de personnel est connu dans l'ensemble des milieux de travail [7, 21, 41]. Mais son caractère critique varie. Dans le milieu hospitalier, il est indéniable. Une satisfaction élevée est associée à un taux d'épuisement professionnel inférieur et réduit le niveau de stress émotionnel [1, 3, 19, 42]. Le niveau d'intention de quitter baisse.

Depuis longtemps, l'enchaînement semble demeurer toujours le même [3, 8, 14, 19, 21, 23, 40, 43-48] : Conditions négatives/positives ► insatisfaction/satisfaction ► intention de quitter/rester ► départ/maintien. L'ensemble est étroitement lié, mais les facteurs affectant l'une ou l'autre composante varient. L'insatisfaction au travail influe sur l'intention de quitter qui, elle, se concrétisera par des départs. Si le simple départ est difficile (par exemple en milieu rural), diverses formes de fuites du travail prendront place (par exemple l'absentéisme).

Lorsque départ et fuites sont impossibles, on peut être face à un « présentéisme », terme lancé par monsieur Jean-Pierre Brun (Université Laval) [49]. Dans un tel cas, les employés sont physiquement présents (présen-

téisme), mais souvent perturbés (stress, concentration). Leur potentiel est réduit. Ils s'investissent le moins possible, quittent dès que possible et sont mentalement plus ou moins présents. Le tout va régulièrement de pair avec des mécanismes compensatoires (*coping*), dangereux pour l'individu et/ou l'organisation (par exemple la toxicomanie) [14, 21]. Ce phénomène est nettement plus difficile à mesurer que les diverses formes de fuites du travail induisant un roulement (départs prématurés, retraites anticipées, absentéisme, assurance de maintien de salaire lors d'une interruption de travail). Pour en évaluer l'ampleur, il serait nécessaire de disposer d'études qualitatives. Une politique agressive visant directement une forme de fuite du travail pourra réduire spectaculairement, mais provisoirement, le taux de recours à l'assurance de maintien du salaire. Ce fut le cas au Québec au début des années 2000 [50]. En apparence, on améliore alors le score du moment. On peut même calculer son effet en termes d'économies. En fait, on aura retiré, à l'assurance de maintien du salaire, de sa validité à titre d'indicateur de l'insatisfaction au travail. Si les sources de problèmes ne sont pas corrigées, cette forme d'absentéisme sera remplacée par d'autres ou par le présentéisme. Il reste à savoir si elles sont moins coûteuses (coûts directs et indirects, transfert de risques). Le débat est ouvert. À défaut de données, toute profession de foi peut prévaloir.

Dans une conjoncture où l'on s'arrache le personnel infirmier, les freins au départ disparaissent encore plus rapidement, surtout en milieu urbain [8]. Les simples départs sont facilités.

La satisfaction ou l'insatisfaction résultent de diverses conditions instaurées ou non par les établissements, mais aussi les systèmes de soins les encadrant. Ainsi agréés ou non à titre d'hôpitaux magnétiques, les centres hospitaliers du *Veterans' health administration* américain (VHA) en affichent les principales caractéristiques, et même parfois au-delà [7, 35, 36, 51]. La variance entre établissements est réduite. Des éléments systémiques y contribuent : l'importance effective de la qualité clinique, la cohérence des incitatifs, la valorisation du personnel, etc. [16, 84].

3. Incitatifs et hôpitaux magnétiques

La littérature évaluative internationale est d'une grande constante quant aux variables critiques à la base du succès des hôpitaux magnétiques [1, 7, 8, 13, 19]. Les variables constituant des incitatifs non-économiques (par exemple : la valorisation, la rétroaction) sont d'aussi puissants – sinon de plus puissants – aiguillons de comportements que les variables jouant sur la composante revenu [19, 23, 34, 40, 46, 52, 53]. Dans la récente revue de littérature de Hayes *et al.* [19], la force centripète de la satisfaction au travail ressort comme

plus critique que la force centrifuge de facteurs externes amenant des départs (par exemple les opportunités d'emploi).

Les hôpitaux magnétiques paient bien, mais il n'y a rien d'exceptionnel ou de hors-normes [16, 41, 54] dans leur niveau de rémunération. Ce qui est exceptionnel, c'est le milieu de travail et la satisfaction à y évoluer [23, 40]. Lors d'évaluations qualitatives, les expressions les plus souvent notées sont : *It's a good place to work* ou encore *They listen to us* [7, 8, 16, 17]. Dans l'évaluation initiale de 1982-83, le terme *listen* était même le plus utilisé, autant par les infirmières que par les gestionnaires des établissements évalués [16, 17]. Certains de ces derniers considéraient que leurs meilleurs consultants étaient leurs employés. C'est autant d'économisé en consultations externes avec, en prime, un gain de crédibilité en interne.

Un accès facile et informel à la haute direction concrétise l'impression, à tout le moins, d'être écouté et constitue un trait distinctif des hôpitaux magnétiques [7, 16, 40]. En conséquence, on note une hausse de la confiance manifestée par le personnel envers l'administration, les changements sont mieux perçus et reçus. Ils sont même recherchés [1, 3, 7]. Un hôpital magnétique est un milieu où on expérimente volontiers [54].

Les auteurs de l'étude initiale [16, 17] étaient impressionnés par la convergence des réponses des infirmières et celles de la direction *nursing* sur les éléments qui font que des hôpitaux sont des hôpitaux magnétiques. La lecture de la réalité est similaire. *A priori*, on fait assez confiance à l'administration. En conséquence, on n'est pas constamment à la recherche d'un éventuel agenda caché, car selon la savoureuse expression du terroir : *les bottines suivent les babines*. Il n'est alors pas besoin de discourir autant. C'est une gestion par les gestes et l'exemple, ce qui est cohérent avec l'importance des perceptions dans le succès des hôpitaux magnétiques [40, 55, 56].

4. Évolution vers huit conditions essentielles

Initialement, une batterie de variables (environ 65) furent associés aux hôpitaux magnétiques [13, 16, 17]. Le tout a progressivement été ramené à huit conditions essentielles traduisant mieux les importants changements survenus dans la pratique infirmière et les milieux hospitaliers (par exemple les évolutions technologiques). Les objets d'attention se sont modifiés. Les variables critiques se sont modulées. Ainsi, les questions de *ratio* de personnel sont devenues plus lancinantes.

Mais l'étiquette d'hôpitaux magnétiques est demeurée, ainsi que l'indicateur de base : le roulement du person-

nel infirmier. Vingt-cinq ans plus tard, c'est toujours un établissement qui se démarque par son attraction/rétention d'infirmières, un faible roulement et une forte satisfaction au travail ...*because they can give quality care* [page 26 in 40]. Ce dernier point semble immuable.

Sous une forme ou une autre, on trouve mention de ces huit conditions essentielles dans les études évaluatives des hôpitaux magnétiques. Elles sont aussi présentes en d'autres contextes d'évaluation de la pratique infirmière ou du milieu hospitalier. On peut les énoncer ainsi :

- 1. L'autonomie professionnelle** des infirmières [1, 3, 7, 13, 25, 57, 58]. Elle vient au premier plan et se concrétise dans les tâches effectuées, des modèles de soins solides (*evidence based*), la forte décentralisation de la gestion au niveau des unités et la capacité d'innover. L'identification professionnelle joue à plein, en soi elle contribue à surmonter des conditions difficiles et réduit le roulement [19].
- 2. Le support fourni** par les appareils administratifs dans les diverses conditions de travail : sécurité au travail, équipement, soutien informatif (comme la rétroaction), garderies, etc. [1, 2, 7, 13, 17, 19, 34, 43, 46, 47]. C'est une gestion qui supporte et surtout qui est vue comme équitable [19].
- 3. Une bonne collaboration entre médecins et infirmières** [1, 7, 13, 17, 27, 43, 58-61]. C'est une variable critique du cabinet de médecin (à condition d'avoir de telles infirmières) en milieu institutionnel, et les hôpitaux magnétiques ne font pas exception.
- 4. La valorisation professionnelle et le leadership infirmier** [1-3, 13, 19, 46, 62, 63]. Au-delà de discours creux, la valorisation se vérifie dans les actions de l'administration : l'encouragement à suivre/donner des cours, l'importance de la formation continue, etc. À défaut, les infirmières reproduisent ce qu'elles ont appris. Au mieux, elles peuvent en rester là, faute de moyens [64]. Au pire, il y aura induction d'un enchaînement : routine ► déqualification progressive ► insécurité croissante (trop peu de roulement) ► et présentisme. La valorisation transparaît aussi dans le statut du *nursing* dans le centre hospitalier (comme sa place dans les instances décisionnelles) ainsi que la qualité d'un *leadership* infirmier. Le personnel se sent respecté, terme revenant systématiquement dans les évaluations des hôpitaux magnétiques [16]. Respect et confiance en l'administration vont de pair [48, 65].
- 5. Des relations positives avec les pairs**, vus comme compétents [3, 7, 13, 16, 19, 25, 47, 66]. Dans les

25 années pendant lesquelles des évaluations ont été menées, une expression est apparue régulièrement : *Ici, c'est une famille*. On est soutenu par les autres, mais aussi porté à ne pas laisser tomber les collègues. Volontiers, on appartient à un groupe (*belonging*), on s'implique (*involvement* et *commitment*), on est motivé (*dedicated*) [42, 65]. Ces traits jouent sur l'efficacité [3, 8]. Il y a un faible recours aux agences de placement de personnels intérimaires dans les hôpitaux magnétiques, ce recours étant un indicateur de dysfonctionnement [9, 17, 60, 67]. Avoir des collègues vécus comme compétents permet l'établissement de relations de confiance et d'un travail d'équipe [22, 28, 67]. On sait avec qui on travaille, on peut agir en conséquence. À défaut, jamais la notion d'équipe ne peut prendre corps.

6. **Un ratio de personnel adéquat** [7, 13, 16, 43, 47, 68-74]. Les centres hospitaliers américains privilégient l'intensité de traitement. Ils ont des ratios élevés de personnel, malgré les problèmes généralisés de recrutement. Ces problèmes sont moins aigus dans les hôpitaux magnétiques, même s'ils affichent des ratios particulièrement élevés. De plus, la proportion d'infirmières très qualifiées y est plus importante, ce qui semble annoncer de meilleurs résultats (au sens de *outcomes*) [61,71, 75].
7. **Un focus client** [16, 54, 76]. L'objet d'attention est le client, c'est le point de départ et d'arrivée des discussions, initiatives et changements. La dimension clinique transcende.
8. **L'importance de la qualité** [8, 13, 16, 40, 76]. La recherche d'une meilleure qualité des soins et services est un indéniable attrait pour tout groupe professionnel... si elle dépasse le stade du discours. Dans l'étude comparative de Kramer et Schmalenberg [7], *...being able to give quality patient care...* [page 277 in 7] explique plus de 80 % du différentiel dans la satisfaction au travail et 86 % de la capacité à attirer et retenir le personnel infirmier, dans les hôpitaux magnétiques en comparaison des autres.

En soi, plusieurs de ces huit variables ne comportent aucun coût additionnel (des coûts de transition parfois) ou même peuvent induire des économies (moins de recours aux agences) [1, 13, 16]. Lorsqu'il y a un coût supplémentaire (en relation avec le support ou le *ratio*, par exemple), les gains d'efficacité peuvent le compenser, au moins partiellement.

5. Les traits d'une bonne entreprise

Habituellement, les études comparent des hôpitaux magnétiques à d'autres hôpitaux non identifiés à ce

titre, ou encore suivent le schéma d'étude avant/après. Mais, à la fin des années 1980, Kramer et Schmalenberg [41,54] ont mené une étude qualitative visant à analyser 16 de ces hôpitaux sous l'angle des meilleures entreprises du secteur privé, hors du domaine de la santé. Les traits mis en lumière sont toujours d'actualité. Ils ont l'avantage de déborder le seul personnel infirmier. Ce sont tous les employés qui sont concernés.

Sur huit critères, caractérisant ces meilleures entreprises, sept se retrouvent présents dans les hôpitaux magnétiques, le plus souvent à un degré très élevé. L'élément absent est le principe de se centrer sur sa mission et son expertise *stick to the knitting* [41]. Les hôpitaux magnétiques peuvent être « fureteurs ». Pour le reste, ils :

1. **Privilégient l'action**, la devise pouvant en être : *Chaotic action is preferable to orderly inaction* [page 17 in 54]. La direction est présente et accessible sans crainte (confiance). L'erreur est admise, mais pas la faute. On essaie et corrige vite si ça ne fonctionne pas. On laisse beaucoup de place à l'informel, ce qui confère souplesse et rapidité. De là, l'importance d'une équipe stable, notion qui revient souvent, où les gens se connaissent et se comprennent à demi-mot. Surtout : les infirmières ne sont pas considérées être des pièces interchangeables. La gestion est plus professionnelle que bureaucratique. C'est la première marque du respect.
2. **Ont un souci concret du client**, la devise pourrait être... *outstanding- no superb- reputations* [page 22 in 54]. À l'affût pourtant, les auteurs n'ont jamais entendu : *I can't wait to get out of here* [page 20 in 54]. Il y a un souci de la qualité dans tous les départements des hôpitaux magnétiques, y compris ceux en support (comme la pharmacie). Beaucoup de rétroaction est donnée aux professionnels. Ils peuvent se comparer, se situer puis chercher à comprendre et corriger. Un support leur est rapidement fourni en cas de difficulté. L'infirmière peut alors se consacrer à son patient car... *someone else is taking care of me* [page 12 in 41].
3. **Favorisent l'autonomie et le dynamisme**, la devise pourrait être... *known for their innovations* [page 23 in 54]. L'autonomie professionnelle est mise de l'avant, nous l'avons déjà amplement souligné.
4. **Recherchent la productivité, mais avec l'appui des employés**, la devise pourrait être... *feeling of family...* [page 11 in 41]. Le respect des employés est manifeste, mais en sus le terme « famille » revient constamment lors des entretiens faits. Il y a beaucoup d'informel, évitant la bureaucratisation des rapports.

5. **Sont portés par des valeurs ancrées et partagées**, la résultante devient un bannissement des... *union threats, poor nursing and poor medical practice* [page 14 in 41]. Les observateurs sont frappés par les histoires évoquées systématiquement dans ces hôpitaux, en lieu et place de directives formelles. Les valeurs sont ainsi formulées, véhiculées et reproduites. Ces valeurs expliquent ce qui se passe. Les relations avec des gestionnaires stables, présents et accessibles supportent le tout.
6. **Comptent peu de paliers hiérarchiques** et de faibles taux d'encadrement supérieur, le leadership est clinique. Ceci favorise autonomie et gestion décentralisée... *a major hallmark...* [page 16 in 41]. La chaîne de commandement est parfois difficile à retracer. Ce flou donne l'impression d'une constante réorganisation. Dans les faits, fusions et réorganisations administratives sont peu le lot des hôpitaux magnétiques. L'impact en est souvent négatif [1, 60, 76].
7. **Affichent une gestion souple et ferme à la fois** (*loose tight properties*). C'est la caractéristique la plus difficile à traduire. Résumons-la par : une gestion très ferme sur quelques points clés (comme le système d'information), avec en parallèle énormément de marge de manœuvre donnant parfois une fausse impression de désorganisation (*messiness*). Il faut une bonne dose de confiance de la part des gestionnaires pour accepter ces flottements. Il faut aussi une bonne dose de confiance entre pairs pour la vivre. L'autocontrôle par les pairs devient une variable centrale. La discipline provient d'abord des valeurs partagées, du regard des autres. Une forte culture d'entreprise joue *Nothing gets very far out of line* [page 16 in 41]. Puisque le recrutement est moins difficile, on peut se permettre de licencier après une période d'essai.

Malgré le déficit général de personnel infirmier affectant toute société (*external shortage*), une organisation réunissant ces caractéristiques réduit, au mieux, son déficit interne (*internal shortage*) [41]. Celui sur lequel elle peut influer, allant du simple établissement à un système.

Dans une étude Stordeur et D'Hoore [56] constatent que les « bons » centres hospitaliers belges affichent les caractéristiques générales des *healthy workplaces* : peu hiérarchisés, très grande confiance entre travailleurs, milieu supportant et gestion consciente de l'importance du support à fournir. On retrouve nos variables des centres hospitaliers magnétiques. Une comparaison européenne montre que les infirmières belges semblent aussi parmi les plus satisfaites [36], même s'il demeure de fortes variances [56], une responsabilité de système.

6. Des « prédicteurs » de qualité et d'efficience

Lors de l'étude initiale, en 1983, on pouvait raisonnablement postuler un lien entre la qualité des soins ou l'efficience et le fait d'afficher les caractéristiques des hôpitaux magnétiques [16]. Il est devenu possible d'être davantage affirmatif, même si les liens de cause à effet demeurent parfois imprécis [1, 31, 32, 43, 58, 60, 69, 79].

On peut insérer la rétention du personnel infirmier dans le schéma classique de Donabedian [50] détaillant Structure ► Processus ► Résultats (*outcomes*) [4, 5, 7, 66, 80]. Une série d'éléments s'enchaînent, diverses formes de résultats apparaissent en succession. Sous des conditions adéquates d'utilisation, tous peuvent servir d'indicateurs [80].

- Structure** : sous l'influence de diverses variables systémiques ou locales, la satisfaction du personnel induit l'intention de rester dans un établissement ou même une profession. Le faible roulement de personnel et une forte rétention en témoignent.
- Processus** : de ce fait la stabilité du personnel est acquise, une connaissance mutuelle devient possible, un sentiment d'appartenance naît, la confiance s'installe, l'implication individuelle grandit et la vitale notion d'équipe se concrétise [27]. Le fonctionnement est plus fluide, divers coûts sont réduits (efficience, dont durée de séjour).
- Résultats** : finalement, pour la clientèle, des résultats supérieurs de santé paraissent en découler (par exemple, moins de mortalité ou de complications, ou un meilleur rétablissement), dont une satisfaction très élevée.

Le roulement affecte la qualité, par exemple en perturbant les relations professionnelles et les communications, car *As turn over increases, communication is likely to become less accurate* [page 1914 in 8]. La circulation de l'information est une composante particulièrement critique de la qualité et, lorsqu'elle est mauvaise, elle devient une source importante d'erreurs [4, 63].

Satisfaction des infirmières, et de tout le personnel, et satisfaction des usagers sont liées [1, 4, 19, 61]. La satisfaction des usagers peut être considérée comme un objectif à poursuivre en soi (*outcomes*). Mais des usagers satisfaits sont aussi : a) plus respectueux du traitement à suivre (*compliance*), b) moins portés au nomadisme (fidélité) c) plus à même de se rétablir mieux [80, 81]. Ce sont trois considérations majeures d'efficience pour un système de soins, public ou privé.

À différentes reprises nous avons souligné l'importance de la confiance soit entre pairs, soit entre administration et professionnels. Dans ce dernier cas, elle réduit le besoin de contrôles et l'introduction de normes tatillonnes tout en permettant de conférer plus d'auto-

nomie ou d'initiatives [18]. Entre pairs, cette confiance est vitale. Elle permet de passer du stade de groupe à celui d'équipe, amenant implication et entraide [22, 67, 68]. Il en résulte un bannissement des comportements parasites (*sucker effect* [22]) et des mentalités opportunistes (*calculative mentality* [22]).

Le fonctionnement fluide des hôpitaux magnétiques favorise une réduction des durées de séjour, ainsi que du recours aux soins intensifs et des coûts accessoires [1, 18, 19, 43, 82]. La baisse des événements négatifs (*adverse outcomes*), dus à des dysfonctionnements internes, explique probablement une bonne part de ces gains [31, 60, 67, 82].

Les hôpitaux magnétiques respectent davantage les meilleures pratiques [43]. Ce point de vue semble partagé par la *Joint commission on the accreditation of health care organization* (JCAHO), un des piliers du suivi de la qualité aux États-Unis [1].

Au plan qualité et efficience le ratio de personnel ressort comme variable majeure [22, 73, 74, 83]. Plusieurs études reviennent sur ce thème, sous un angle ou un autre [19, 70, 82, 83]. Les hôpitaux magnétiques affichent des ratios plus élevés de personnel, bien qu'encore parfois critiques du fait des problèmes de recrutement, et surtout des proportions de personnel plus qualifié.

L'étude initiale sur les hôpitaux magnétiques ne portait que sur le roulement du personnel infirmier, vu comme un inconvénient gênant, mais isolé du reste de la réalité hospitalière. Avec le temps, il apparaît évident qu'il devient un indicateur d'une réalité plus vaste. Lorsque des études couvrent plus que le seul personnel infirmier, le portrait demeure le même pour les autres catégories de personnel.

CONCLUSION

Notre hypothèse est que d'indicateur spécifique à la seule réalité infirmière, la rétention et le roulement du personnel infirmier sont devenus des indicateurs d'une réalité beaucoup plus vaste, en fait de l'ensemble de la réalité hospitalière. Cette hypothèse trouve de solides fondements.

Le premier geste à faire est de se doter d'indicateurs de rétention mais surtout de roulement de personnel, infirmier au premier chef. Au Québec, nous débutons des travaux en ce sens. Nous aurons ainsi un portrait de la situation actuelle et de l'évolution connue.

Nous constaterons probablement que nous avons des établissements s'apparentant davantage aux hôpitaux

magnétiques, donc se démarquant de l'ensemble. Une fois des établissements spécifiés et le lien établi entre roulement et qualité, la question posée en 1983 aux hôpitaux magnétiques surgira spontanément : pourquoi eux ?

Comparer dans l'espace, donc avec d'autres systèmes de soins, permettra d'utiliser ces données à titre de *benchmarking*. On évitera alors le piège, administrativement confortable il est vrai, de blâmer simplement des établissements isolés ou de porter aux nues certains autres, avec en filigrane : « Si vous voulez vous pouvez ! ». On dédouane ainsi l'appareil central. Tentation forte s'il en est. Or, *Kaiser permanente*, le réseau *Mayo* et le VHA américain [7, 18, 25, 35-37] montrent que de bons hôpitaux sont aussi largement affaire de systèmes de soins [84], surtout dans des systèmes très centralisés.

RÉFÉRENCES

1. Aiken L. *Superior outcomes for magnet hospitals: the evidence base, magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses. Washington: American nurses publishing; 2002, 61-82 p., Chap 3.*
2. Baumann A et al. *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ; 2001:1-21 p.*
3. Blegen MA. *Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nurs Res 1993;42:36-41.*
4. Brunelle Y. *La qualité des soins et services : un cadre conceptuel. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de l'évaluation, Collection Études et analyses ; 1993.*
5. *Canadian institute for health information. Hospital Report, acute care. Toronto-Ottawa: Canadian institute for health information, 2002:1-89 p.*
6. Castle NG, Engberg J. *Staff turnover and quality of care in nursing homes. Med Care 2005;43:616-26.*
7. Kramer M, Schmalenberg CE. *Best quality patient care. A historical perspective on magnet hospitals" in Nurs Adm Q 2005;29:275-87.*
8. Wai Chi Tai T, Bame SI, Robinson CD. *Review of Nursing Turnover Research. Soc. Sci Med 1998;47:1905-24.*
9. Wilson CRM. *Hospital-wide quality assurance – models for implementation and development. Toronto: WB Saunders; 1987.*

10. Kessner MD, Kalk EC, Singer J. Assessing health quality – The case for tracers. *The N Engl J Med* 1973;288:189-94.
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski JA, Busse R, Clarke H et al. Nurses' reports on hospital care in five countries" in *Health Aff* 2001;20:43-53.
12. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM. Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *Int J Qual Health Care* 2002;14:5-12.
13. American nurses credentialing center. History of the magnet program. Silver Spring: American nurses credentialing center; 2007 [www.nursecredentialing.org/magnet].
14. Delamothe T. Nursing grievances III: conditions. *BMJ* 1988;296:182-5.
15. Silver GA. Scarcity of nurses. *Lancet* 1989;8638:607.
16. McClure ML, Poulin MA, Sovie MD, Wandelt MA. Magnet hospitals attraction and retention of professional nurses. Kansas City Missouri: American nurses' association, Task force on nursing practice in hospitals; 1983.
17. McClure ML, Poulin MA, Sovie MD, Wandelt MA. The original study. Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses, Magnet hospitals revisited. attraction and retention of professional nurses. Washington: American nurses publishing; 2002:1-24 p., Chap 1.
18. Gélinas L, Bohlen C. The business case for retention. *Clinical Systems Management* 2002:14-22.
19. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F et al. Nurse turnover: a literature review. *Int J Nur Stud* 2005;43:237-63.
20. Akyeampong EB. L'absentéisme : une mise à jour. Ottawa : Statistique Canada, L'emploi et le revenu en perspective, cat. 75-001F; 1988: p. 48-58.
21. Danna K, Griffin RW. Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management* 1999;25:357-84.
22. Jones GR, George JM. The experience and evolution of trust: implications for cooperation and teamwork. *The Academy of Management Review* 1998;23:531-46.
23. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Pastor DK, Zwanziger J, Dick AW. Nurse working conditions, organizational climate, and intent to leave in ICUs: an instrumental variable approach. *Health Serv Res* 2007;42:1085-104.
24. Brunelle Y. Le mouvement américain vers les Hospitalists. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale des affaires médicales et universitaires ; 2003.
25. Jones D, Smith R. Kaiser permanente: A fully integrated health care system. *Nurs Adm Q* 2000;24:18-28.
26. Stone PW, Gershon RRM. Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. *Policy, Politics and Nursing Practice* 2006;7:240-7.
27. Thibault C, Desrosiers G. L'organisation des soins infirmiers : évolution et perspectives. Montréal : Association des hôpitaux du Québec ; 1990.
28. Williams M. In whom we trust: group membership as an effective context for trust development. *The Academy of Management Review* 2001;26:377-96.
29. Association des infirmières et infirmiers du Canada. Tendances : absentéisme pour cause de maladie et blessure et heures supplémentaires chez les infirmières du secteur public. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada ; 2006.
30. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dingues DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Aff* 2004;23:202-12.
31. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson E, Horan T, Glance LG, Zwanziger J et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care* 2007;45:571-8.
32. Stordeur S, D'Hoore W. S'agit-il du modèle universel d'hôpital ? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*. (printemps) : 20-22.
33. The HSM Group. Acute care hospital survey of RN vacancy and turnover rates in 2000. *J Nurs Adm* 2002;32:437-9.
34. Brannon D, Bucher JA. Quality assurance feedback as a nursing management strategy. *Hospital & Health Services Administration* 1989;344:547-58.
35. Olivier A. The Veterans health administration: an american success story. *Milbank Q* 2007;85:5-31.
36. Sales AE, Sharp ND, Li YF, Greiner GT, Lowy E, Mitchell P et al. Nurse staffing and Patient Outcomes in Veterans Affairs Hospitals. *J Nurs Adm* 2007;35:459-66.
37. Viggiano TR, Pawlina W, Lindor KD, Olsen KD, Cortese DA. Putting the needs of the patient first: Mayo clinic's core value, institutional culture, and professionalism. *Acad med* 2007;82:1089-93.
38. Dussault G, Fournier MA, Zanchetta MS, Kerouac S, Denis JL, Bojanowski L et al. Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : revue de la littérature. Montréal : GRIS (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé), Université de Montréal, Faculté de médecine, Secteur santé publique ; 2001:1-6 et 1-3 p.

39. Comité d'étude sur la main-d'œuvre en soins infirmiers. *La main-d'œuvre en soins infirmiers, Rapport du comité d'étude sur la main-d'œuvre en soins infirmiers*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux ; 1987.
40. Kramer M, Schmalenberg C. *Staff nurses identity essentials of magnetism, Magnet hospitals revisited. Attraction and retention of professional nurses*. Washington: American nurses publishing; 2002:25-59 p. Chap 2.
41. Kramer M, Schmalenberg C. *Part II, Magnet hospitals: institutions of excellence*. *J Nurs Adm* 1988;18:11-31.
42. Tigert JA, Laschinger HK. *Critical care nurses' perceptions of workplace empowerment, magnet hospitals traits and mental health*. *Dynamics* 2004 Winter;15:19-23.
43. Atwater A, Hartmann E, Brown BB, Carteaux P, Freeman M, Hegwood P et al. *Evaluation and development of potentially better practices for staffing in neonatal intensive care units*. *Pediatrics* 2006;118, suppl 2: s134-s140.
44. Cassard SD, Weisman CS, Gordon DL, Wong R., *The impact of unit-based self-management by nurses on patient outcomes in HSR: Health Serv Res* 1994;29:415-33.
45. Fimian MJ, Fastenau PS, Thomas JA. *Stress in nursing and intentions of leaving the profession*. *Psychol Rep* 1988;62:499-506.
46. Irvine DM, Evans MG. *Job satisfaction and turnover among nurses: integrating research findings across studies*. *Nurs Res* 1995;44:246-53.
47. Lacey SR, Cox KS, Lorfing KC, Teasley SL, Carroll CA, Sexton K. *Nursing Support, workload, and intent to stay in magnet, magnet-aspiring, and non-magnet hospitals*. *J Nurs Adm* 2007;37:199-205.
48. Spence Laschinger HK. *Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice*. *J Nurs Adm* 2004;34:354-64.
49. Brun JP. *Problèmes de santé mentale au travail et qualité des soins. Présentation au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec*. Québec : Université Laval ; 14 novembre 2007.
50. *Service de la recherche et de l'analyse. Mise à jour des données statistiques sur l'assurance salaire*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale du personnel réseau et ministériel ; 2006 [www.msss.gouv.qc.ca].
51. Silber D. *Comment ressusciter un système public de santé : l'exemple inattendu des Vets*. Paris : Institut Montaigne ; 2007 [www.institutmontaigne.org].
52. Kingma M. *Nurses on the move: A global overview*. *Health Research and Educational Trust* 2007;42:1281-98.
53. Williams S. C, Schmaltz SP, Morton DJ, Koss RG, Loeb JM. *Quality of care in U.S. hospitals as reflected by standardized measures, 2002-2004*. *N Engl J Med* 2005;353: 255-64.
54. Kramer M, Schmalenberg C. *Magnet Hospitals: Part I Institutions of Excellence in J Nurs adm* 1988;18:13-24.
55. Shamian J, Kerr MS, Spence Laschinger HK, Thomson D. *A hospital-level analysis of the work environment and workforce health indicators for registered nurses in Ontario's acute-care hospitals*. *Can J Nurs Res* 2002;33:35-50.
56. Stordeur S, D'Hoore W, Next Study Group. *Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses*. *J Adv Nurs* 2006;57:45-58.
57. Estabrooks CA. *Will evidence-based nursing practice make practice perfect?* *Can J Nurs Res* 1998;30:15-36.
58. Spence Laschinger H.K., Almost J., Tuer-Hodes D. *Workplace empowerment and magnet hospital characteristics*. *J Nurs Adm* 2003;33:410-22.
59. Czaplinski C, Diers D. *The effect of staff nursing on length of stay and mortality*. *Med Care* 1998;36:1226-38.
60. Estabrooks CA, Midodzi WK, Cummings GG, Ricker KL, Givanetti P. *The Impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality*. *Nurs res* 2005;54:74-84.
61. McGillis-Hall L, Irvine-Doran D. *The impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes*. Toronto: Faculty of nursing, University of Toronto; 2001.
62. *Comptroller and Auditor general. Improving quality and safety. Summary*. London; National audit office; 2007.
63. Knaus WA, Draper EA, Wagner DP, Zimmerman JE. *An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers*. *Ann Intern Med* 1986;104:410-8.
64. Pravikoff DS, Tanner AB, Pierce ST. *Readiness of U.S. nurses for evidence-based practice*. *Am J Nurs* 2005;105:41-52.
65. Spence Laschinger HK, Finegan J. *Using empowerment to build trust and respect in the workplace: a strategy for addressing the nursing shortage*. *Nur Econ* 2005;23:6-13.
66. Graham RG, Deporter JG. *Managing nursing quality in topics*. *Health Care Financing* 1991;18:46-52.
67. Clements D, Dault M, Priest A. *Effective teamwork in healthcare: Research and Reality*. *Healthc Pap*. 2007;7 Spec No: 26-34.
68. Aiken LH, Sochalski J, Lake ET. *Studying outcomes of organizational change in health services*. *Med Care* 1997;35: NS6-NS18.

69. Hartz AJ, Krakauer H, Kuhn EM, Young M, Jacobsen SJ, Gay G et al. Hospital characteristics and mortality rates. *N Engl J Med* 1989;321:1720-5.
70. Heggerstad T. Do hospital length of stay and staffing ratio affect elderly patients' risk of readmission? A nationwide study of Norwegian hospitals. *Health Serv Res* 2002;37:647-65.
71. Kane RL, Shamilyan TA, Mueller C, Duval S, Wilt TJ. The Association of registered nurse staffing levels and patient outcomes. *Med Care* 2007;45:1195-204.
72. McGILLIS L, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L et al. Nurse Staffing models as predictors of patient outcomes. *Med Care* 2003;41:1096-109.
73. Spetz J. Increasing registered nurse staffing levels may improve clinical outcomes for people in hospital. *Evidence-based Healthcare* 2002;6:141-2.
74. Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, Centor RM et al. Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Med Care* 2004;42:4-12.
75. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med*. 2002;346:1715-22.
76. Comptroller and Auditor general. Achieving improvements through clinical governance. Summary. London: The Stationery Office, ordered by the House of Commons; 2003.
77. Estry-Béhar M, Van der Heijden BI, Ogińska H, Camedino D, Le Nézet O, Conway PM et al. The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care* 2007;45:939-50.
78. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring – Volume I – The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor. Michigan: University of Michigan; 1980.
79. Stone PW, Mooney-Kane C, Larson EL, Horan T, Glance LG, Zwanziger J et al. Nurse working conditions and patient safety outcomes. *Med Care* 2007;45:571-8.
80. Brunelle Y, Saucier A. Les indicateurs et le système de soins. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, Collection méthodologie et instrumentation, No 13 ; 1999.
81. Hsieh MO, Kagle JD. Understanding patient satisfaction and dissatisfaction with health care. *Health and Social Work* 1991;16:281-90.
82. Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK, Rose DN. Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Med Care* 2005;43:785-91.
83. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Mise en œuvre des plans de dotation en personnel infirmier pour une meilleure qualité de services. Données à l'appui 2006 ; (septembre): 1-2.
84. Molloy GJ, O'Boyle CA, The SHELL model: a useful tool for analyzing and teaching the contribution of Human Factors to medical error. *Acad Med* 2005;80:152-5.