

Cahiers du CRISES

Collection Études théoriques

no ET0016

La reconfiguration des soins de santé et la réorganisation du travail infirmier

Paul-André Lapointe, Malie Chayer,
François Bernard Malo et Linda Rivard

octobre 2000

Résumé

Les fermetures d'hôpitaux et la réduction drastique de l'emploi ne sont que les manifestations les plus visibles de l'actuelle reconfiguration du système de santé au Québec qui affecte profondément la production des soins et l'organisation du travail infirmier dans l'hôpital de courte durée. Largement inspirés de l'expérience américaine, les changements en cours seront analysés en prenant pour exemple la régie régionale de Québec et le CHUQ. Il sera notamment démontré, sur la base d'une analyse de l'évolution du travail infirmier dans six unités de soins, que deux évolutions sont possibles, selon que domine la déqualification ou la reprofessionnalisation du travail.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. Le modèle américain de reconfiguration du système de santé	2
2. Méthodologie et terrain de recherche.....	4
3. Virage ambulatoire et “ downsizing ”.....	5
4. Gestion et planification de la production des soins	9
5. Réorganisation du travail.....	12
CONCLUSION.	18
BIBLIOGRAPHIE.....	19

INTRODUCTION

Les transformations actuellement en cours dans le système de santé et dans les hôpitaux du Québec nous interpellent à plus d'un titre. L'accessibilité et la qualité des soins et services iront-elles en se dégradant ? L'État se désengagera-t-il au profit du privé et de l'économie sociale ? Ces transformations sont-elles autre chose qu'une simple adaptation au néolibéralisme ambiant ? Quel est l'impact des compressions budgétaires sur le système de santé et sur l'hôpital ? Sans ignorer ces questions fondamentales, omniprésentes en toile de fonds, il s'agit dans cet article de se pencher plus spécifiquement sur les changements à l'hôpital et dans le travail infirmier. Ces changements s'inscrivent dans un mouvement nord-américain et occidental, au sein duquel le Québec est parmi les derniers à prendre le train. Connaîtra-t-il une évolution différente ?

Le phénomène, qui se déroule présentement dans les hôpitaux et qui affecte le travail infirmier, relève d'une reconfiguration du réseau de la santé et de l'hôpital et d'une réorganisation du travail. Il concerne la chaîne de production des soins de santé et la place que l'hôpital y occupe. Au sein de l'hôpital, il remet en cause le processus de dispensation des soins en vue d'une plus grande rationalisation. Le travail infirmier est touché, dans la mesure où, confronté à de nouvelles exigences et contraintes, il est réorganisé. Tout cela prend place dans un contexte d'importantes compressions budgétaires qui exercent un impact considérable sur la disponibilité des ressources et sur l'emploi, concernant lequel on assiste à une réduction majeure.

Faut-il en conclure à une évolution régressive, dominée par le néo-libéralisme et se conjuguant inéluctablement à une destruction des acquis de l'État-providence et à une déqualification du travail ? Certains auteurs n'hésitent pas à l'affirmer (Gill, 1998 et Côté et al., 1998). Pour notre part, nous voudrions mettre en évidence la double nature des transformations en cours. D'une part, celles-ci posent des contraintes qui, laissées à elles-mêmes, sont susceptibles de conduire à des évolutions régressives. Par contre, elles offrent aussi des possibilités et des opportunités qui, selon la manière dont elles sont saisies par les acteurs sociaux, ouvrent la voie à d'autres évolutions.

Le modèle de reconfiguration de l'hôpital et de réorganisation du travail infirmier à l'œuvre aux États-Unis a été largement décrit dans la littérature scientifique et professionnelle. Après en avoir rappelé les principales dimensions, il nous servira d'outil d'analyse et de point de comparaison pour étudier les transformations au Québec. Pour mieux ancrer notre propos, le texte s'appuie sur une étude de cas, en cours de réalisation au Centre Hospitalier Universitaire de Québec (CHUQ).

1. Le modèle américain de reconfiguration du système de santé

Quoique la crise à l'origine de la restructuration du système de santé et de l'hôpital au Québec possède certainement des racines bien québécoises (Bélanger et Lévesque, 1992 et Commission Rochon, 1988), les paradigmes, qui inspirent la reconfiguration actuelle, proviennent dans une large mesure des États-Unis¹. Sur la base de la littérature américaine spécialisée², le modèle américain, le plus souvent dénommé sous l'appellation de " Patient-focused care ", sera présenté dans ses principales dimensions, soit la gestion du réseau, la gestion de l'emploi, la gestion et planification de la production des soins dans l'hôpital ainsi que l'organisation du travail infirmier. Brièvement résumées dans les prochains paragraphes, elles feront l'objet de développements plus importants dans les autres sections.

À l'égard de la gestion du réseau, on assiste à une pénétration massive des contraintes économiques et financières dans la gestion des soins et services de santé afin d'optimiser l'utilisation des ressources de l'ensemble du réseau, soit le continuum de soins s'étendant de l'hôpital au domicile (" supply chain "). Il s'agit notamment de réduire l'importance de

¹ Voir notamment les publications de l'OIIQ (Nadon et Thibault, 1993, entre autres) et celles de l'AHQ (entre autres, AHQ, 1996). Il y a un certain paradoxe dans les stratégies actuelles de modernisation du système de santé : en vue de réduire les coûts de dispensation des soins de santé, les gestionnaires adoptent des innovations, inspirées des États-Unis, dont la mise en œuvre dans ce même pays au cours des dernières années s'est accompagnée d'un accroissement important des dépenses de santé, dont la part relative dans l'ensemble du PNB est passée de 8,9 à 14%, entre 1980 et 1993. Pendant ce temps, il est vrai par ailleurs que le nombre de jours d'hospitalisation par 1000 habitants a diminué de 36%, alors que les dépenses globales consacrées à la santé se sont accrues de 87%, en dollars constants (Reinhardt, 1997). Enfin, 37 millions d'Américains, parmi les plus pauvres ne sont pas assurés pour les soins de santé (Blancett et Flarey, 1995, 4).

² Voir notamment : Skorga, 1998; Koch, Beck et Norris, 1998; Myers, 1998 : Walston et Kimberly, 1997 et Lathrop, 1993.

l'hôpital de courte durée, la composante la plus coûteuse du système, et d'en réserver l'utilisation aux soins spécialisés et hyperspécialisés. Pour le dire brièvement, c'est le virage ambulatoire, appuyé sur la médecine et la chirurgie d'un jour. Aux États-Unis, on parle plutôt de " managed care ".

La gestion de l'emploi se caractérise, pour sa part, par une réduction considérable du personnel dans la dispensation des soins de santé (" downsizing "). Elle fait appel également à une révision de la composition du personnel soignant, afin d'en ajuster plus précisément le niveau de rémunération aux qualifications, effectivement utilisées dans l'accomplissement du travail. L'objectif est alors de réduire davantage la masse salariale.

Au chapitre de la gestion et de la planification de la production des soins dans l'hôpital, il s'agit, comme dans le secteur manufacturier, de reconcevoir le processus de production en l'orientant vers les clients, en vue de réduire le temps de cycle de production des soins de santé et d'éliminer les activités qui n'ajoutent pas de valeur (" waste "). Cette reconfiguration de l'hôpital comporte d'abord une décentralisation des services et leur relocalisation au sein des unités de soins, et ce, pour éviter les déplacements des patients et en assurer une meilleure gestion par les unités de soins. La reconfiguration comporte également un regroupement des patients selon la similitude des diagnostics et des soins requis, exigeant donc le même type de qualifications et d'expertise au niveau du personnel. Il est suggéré de former des unités ayant une certaine masse critique de patients, de l'ordre de 75 à 100 patients. En troisième lieu, la reconfiguration s'appuie sur une standardisation des soins et traitements dispensés pour des diagnostics identiques afin de réduire la variabilité dans la production de soins à l'aide d'outils comme le suivi systématique, le cheminement critique ou les cartes de soins. C'est le " case management ". Enfin, cette transformation du mode de dispensation des soins s'accompagne d'un renforcement des équipes multidisciplinaires, réunissant tous les professionnels qui interviennent auprès d'un même cas pour en définir un cheminement approprié et en faire le suivi.

Sur le plan de l'organisation du travail, les changements prennent la forme d'un aplanissement de la structure hiérarchique et d'une modification de la composition des équipes de soins (" skill-mix alterations "). Au " primary nursing " (le soin global), se

substitue une approche de soins, caractérisée par une combinaison d’infirmières, d’infirmières auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Certains auteurs qualifient cette évolution de “ Back to the Future ” (O’Malley et Llorente, 1992), car c’est le retour au travail d’équipe qui avait dominé des années ’50 aux années ’70.

Dans quelle mesure ces transformations, observées aux États-Unis, sont-elles présentes dans l’actuelle reconfiguration du réseau de santé et de l’hôpital au Québec? En quoi modifient-elles le travail infirmier? Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, nous avons entrepris une recherche au CHUQ.

2. Méthodologie et terrain de recherche

Dans le cadre d’un partenariat de recherche avec la direction et les syndicats du CHUQ, nous avons procédé à l’étude du travail infirmier. Débutée en septembre 1998, la recherche est toujours en cours. Les résultats présentés ici portent sur le processus de reconfiguration dans l’hôpital et sur le travail infirmier dans six unités de soins. À l’aide de la direction des soins infirmiers, nous avons retenu des unités se distinguant par le degré de spécialisation des soins dispensés et par leur mission³. Les données ont été recueillies à l’aide de l’observation directe sur les unités, d’une durée moyenne d’une vingtaine de jours dans chaque unité, et d’entrevues semi-structurées avec un certain nombre d’informateurs clés représentant les diverses catégories de personnel. La cueillette des données s’est pour l’essentiel déroulée pendant l’automne 1998 et l’hiver 1999. Des entrevues ont également été faites avec les principaux représentants de la direction (DSI, DRH, DSCDH et les trois coordonnatrices de regroupement de clientèle) et un certain nombre de représentants syndicaux (deux syndicats d’infirmières et un syndicat représentant le personnel général). Des recherches complémentaires ont été enfin effectuées sur divers documents publiés et statistiques, relatifs au personnel et aux activités de production de soins du CHUQ et des autres centres hospitaliers du Québec Métropolitain.

³ Les unités suivantes ont été retenues : médecine générale et cardiologie (Pavillon Hôtel-Dieu de Québec); orthopédie et soins ambulatoire (Pavillon CHUL) et deux unités de néonatalogie (CHUL et Pavillon Saint-François d’Assise).

Le CHUQ résulte du regroupement, en 1995, de trois hôpitaux de la région métropolitaine de Québec, soit l'Hôtel-Dieu de Québec, Saint-François d'Assise et le Centre hospitalier de l'Université Laval. Il employait, en 1999, 6340 personnes, dont 197 cadres et 6143 employés syndiqués, regroupés dans dix syndicats, détenant ensemble 65 unités d'accréditations. De ce nombre, on comptait 2158 infirmières, représentant le principal groupe d'employés. Au nombre total d'employés, s'ajoutaient plus de 900 médecins. Cette même année, le CHUQ regroupait près de 900 lits de courte durée, répartis entre les différentes spécialités médicales⁴.

3. Virage ambulatoire et “ downsizing ”

Dans le Québec Métropolitain, le virage ambulatoire, mis en branle en 1995, a entraîné la fermeture d'un hôpital et la conversion de trois hôpitaux de courte durée en hôpitaux d'hébergement et de soins de longue durée. Il y a eu également la fusion de trois hôpitaux pour former un CHU, soit le CHUQ. Tout s'est déroulé rapidement : ainsi, en l'espace de moins d'un an, entre juin 1995 et avril 1996, le quart des lits de courte durée a été fermé (736 sur 2805) et entre mars 1996 et mars 1997, 3730 emplois ont été supprimés, représentant 12,3 % du personnel de la régie régionale (incluant la Communauté urbaine de Québec ainsi que les MRC de Portneuf et Charlevoix). Les budgets ont été comprimés ; ainsi celui de la régie a diminué de 12 % entre 1994-95 et 1997-98 et celui des centres hospitaliers de courte durée a diminué de 22,9 % au cours de la même période (Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Québec, RSSSQ, Rapport annuel des activités, pour les années 1994-95, 1995-96, 1996-97 et 1997-98). Ces quelques chiffres illustrent à quel point ce sont les compressions budgétaires qui commandent les transformations.

Au CHUQ, les réductions budgétaires sont de l'ordre de 18% au cours des années 1994-95 et 1997-98 (RSSSQ, Rapport annuel des activités, pour les années 1994-95, 1995-96, 1996-

⁴ Ces données proviennent de différentes sources : Service de la gestion des relations avec les employés, CHUQ, septembre 1999; idem, “ Enquête : unités d'accréditation ”, 20/11/98 et et CHUQ, Le CHUQ en bref, 1999, 3.

97 et 1997-98). Entre janvier 1995 et novembre 1998, le nombre de lits de courte durée est passé de 1227 à 886, soit une réduction de 341, représentant 27,8 % des lits en début de période. C'est la chirurgie qui a connu la plus forte baisse, soit une réduction de 164 lits, soit l'équivalent de 38,4 %; la diminution en chirurgie représente la moitié de la diminution totale (CHUQ, " Répartition des lits dans les trois pavillons du CHUQ, janvier 1995, janvier 1997 et novembre 1998 ").

Quant à la réduction de l'emploi, elle est proportionnelle à celles du budget et du nombre de lits : en effet, au cours des cinq dernières années (1995-1999), il y a eu une perte de 1135 emplois parmi les employés titulaires de postes (TCR – Temps complet régulier et TPR – Temps partiel régulier). Leur nombre est passé de 5467 au 31 mars 1995 (CHUQ, Rapport annuel 1995-1996, 22) à 4332 au 31 mars 1999 (Service de la gestion des relations avec les employés, CHUQ, septembre 1999), soit une perte de 20,76 % au cours de la période⁵. En fait, l'évolution de l'emploi au cours des cinq dernières années (entre 1995 et 1999) a été la suivante : sur 20 employés en 1995, 9 ont quitté leur emploi et ils ont été remplacés par 5 nouveaux employés qui ont été embauchés. Si bien que l'emploi a été réduit de 20% (soit 4 sur 20) au cours de la période et qu'un peu plus d'un départ sur deux a été remplacé (en fait 5 sur 9)⁶. Il s'agit là d'un véritable séisme de magnitude supérieure. Les équipes de travail

⁵ En supposant le même ratio de TPO (Temps partiel occasionnel) sur l'emploi total en 1995 et en 1999, cela suppose que l'emploi total aurait été de 7755 et que la réduction totale de l'emploi aurait été de 1610. L'emploi total au Chuq était en mars 1999 de 6143 employés et de 197 cadres, (pour un total de 6340). Pour les employés, la répartition par statut d'emploi est la suivante : TCR = 46,9 %; TPR = 23,6 % et TPO = 29,5 %.

⁶ Tableau des départs et embauches pour la période 1995-1999.

	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	TOTAL
Départs (d)	1610	553	948	458	3569
Embauches (e)	169	482	618	690	1959
Solde (e-d)	- 1441	- 71	- 330	232	- 1610

Les chiffres pour les années 1996-97, 1997-98 et 1998-99 proviennent des sources suivantes (CHUQ, Rapport annuel 1996-1997, 36 et Service de la gestion des relations avec les employés, CHUQ, septembre 1999). Pour ces années, les données sont les suivantes : départs, 1959; embauches, 1790 et solde négatif de 169. Pour les années 1995-96, il est fait une hypothèse qui permet au minimum de satisfaire l'évolution nette de l'emploi au cours de la période étudiée, soit une perte de 1610 emplois. En comparant le total des départs, celui des embauches et celui des pertes d'emploi à l'emploi total en début de période, soit 7755 au 31 mars 1995, on obtient les résultats suivants : les départs représentent 46 % de l'emploi total en début de période; les embauches et les pertes d'emploi en représentent respectivement 25,2 et 20,6 %. En reportant

sont déstructurées et cette déstructuration est amplifiée par le mode de réduction choisi, soit les départs assistés, à la discrétion des employés sans tenir compte du maintien des expertises sur les unités et départements. Il y a donc une importante perte d'expertise collective avec le départ des anciens et sont détruits les réseaux de collaboration et de coopération établis entre les coéquipiers au fil des années de travail en commun, alors que les survivants doivent accomplir des tâches pour lesquelles ils ne possèdent pas nécessairement l'expertise et l'expérience tout en assumant une part de la formation des nouveaux. L'impact de ces mouvements de main-d'œuvre, auxquels s'ajoute la supplantation, sur la dispensation des services et le travail des survivants serait à évaluer plus finement. Mais, cela constitue un contexte fort contraignant pour réaliser le virage ambulatoire et les autres changements en milieu hospitalier et sur les unités de soin. Tant qu'il perdure, ce contexte entrave considérablement toute réorganisation du travail faisant appel à l'implication et à la participation des salariés. Il favorise plutôt une approche centralisée et autoritaire, alimentée par la démotivation du personnel.

De plus, le virage ambulatoire, au cœur de la reconfiguration du réseau des services de santé, amène l'hôpital de courte durée en santé physique à se concentrer sur les cas aigus, requérant des traitements spécialisés et surspécialisés. Par ailleurs, les durées d'hospitalisation sont réduites, car la préparation aux traitements et la convalescence se déroulent à l'extérieur de l'hôpital. De plus, se rajoute l'effet combiné du vieillissement de la population et de l'usage des nouvelles technologies médicales, qui entraînent un accroissement considérable des personnes âgées avec de multiples pathologies et le traitement de cas très complexes. En conséquence, l'intensité et la complexité des cas s'accroissent et cela se traduit par une intensité et une complexité accrues des soins requis par les personnes hospitalisées et dispensés par le personnel infirmier (Krapohl et Larson, 1996; Thibault et Desrosiers, 1990). Par ailleurs, la réduction des lits ne s'accompagne pas d'une réduction proportionnelle des patients : d'une part, la durée des séjours est réduite et un plus grand nombre de patients séjournent dans un nombre réduit de lits; d'autre part, un nombre croissant de patients utilisent dorénavant la médecine et la chirurgie d'un jour. Au

ces chiffres sur une base 20, on obtient les résultats suivants : les départs comptent pour 9,2; les embauches et

CHUQ, quelques indicateurs soulignent cette évolution récente, soit entre les années 1995-96 et 1997-98. Ainsi, au cours de cette période, nous assistons à :

- Une réduction de 15,3 % de la durée moyenne des séjours de courte durée, qui est passée de 9,16 à 7,76 ;
- Un accroissement de 4,3 % du nombre d'usagers admis en courte durée et en pouponnière ;
- Un accroissement substantiel des accouchements, soit près de 70 % ;
- Une légère diminution des visites en urgence, mais un accroissement des visites en consultations externes ;
- Un accroissement important du nombre d'usagers au bloc opératoire, soit 12.3 % ;
- Un accroissement de 23 % du nombre d'usagers en chirurgie et
- La création d'une unité de soins ambulatoire (qui sera incidemment un des objets de cette recherche) (CHUQ, Rapport à la communauté 1996-97, 7 et 16 et CHUQ, Le CHUQ en bref, 1999, 3).

Le virage ambulatoire et la réduction du personnel se traduisent par de fortes pressions contribuant à l'alourdissement des charges de travail. Cet alourdissement du fardeau de la tâche est particulièrement manifeste chez les infirmières, ainsi que l'ont observé les auteurs d'une étude récente sur les infirmières de la région de Québec ⁷ et l'ont reconnu divers intervenants (Joron, 1995 et Conseil des services essentiels, 1998) et rapports (Groupe de travail sur la planification stratégique de la main-d'œuvre infirmière 1999⁸). Dans les unités étudiées, l'alourdissement des charges de travail est nettement perceptible et il est reconnu à l'unanimité des intervenants rencontrés.

les perte pour 5,4 et les perte 4,12.

⁷ Bourbonnais et al., 1998 : les auteurs constatent que 41% des infirmières interrogées souffrent de détresse psychologique.

⁸ Il est notamment écrit dans ce rapport ce qui suit: " Il manque de ressources infirmières notamment pour répondre aux surcroîts de travail actuels de sorte que beaucoup d'établissements obligent de plus en plus les infirmières à faire du temps supplémentaire; la fatigue physique et psychologique s'accroît au sein de la main-d'œuvre infirmière... Les infirmières sont débordées pour la plupart d'entre elles et les risques auxquels elles sont exposées augmentent de sorte qu'au cours des derniers mois, des infirmières, de façon sporadique, ont exercé leur droit de refuser de travailler dans des conditions de travail qui mettaient leur santé et leur sécurité en danger ainsi que celles de la clientèle. " p. 6.

Notons toutefois que le virage ambulatoire ouvre aussi de nouvelles opportunités au niveau de la coordination des soins et de l'enseignement, nous y reviendrons plus loin. Par ailleurs, la complexification des maladies et le vieillissement de la population, conjugués au virage ambulatoire, nécessitent le renforcement du travail en équipe multidisciplinaire, soit la réunion de tous les intervenants professionnels autour d'un cas, afin d'en planifier les interventions et en faire le suivi. Quelle sera la place de l'infirmière dans ces équipes?

4. Gestion et planification de la production des soins

Les initiatives sont en cours au CHUQ, mais elles sont inégalement avancées. La décentralisation des services et leur relocalisation dans les unités de soins ne sont guère entreprises. Subsistent encore les directions centralisées de services auxiliaires et services diagnostiques. Le regroupement des patients selon la similitude des diagnostics et des soins requis est commencé et il existe trois grands regroupements de clientèles qui sont assez largement définis (périnatalité-pédiatrie; chirurgie et soins intensifs; médecine-gériatrie-santé mentale et toxicomanie-néphrologie-oncologie), regroupant des unités de soins dont la spécialité est beaucoup mieux définie.

Quant à la standardisation des soins et traitements dispensés pour des diagnostics identiques, son implantation a débuté récemment sous la forme d'un programme de suivi systématique des clientèles, qui concerne en fait davantage le suivi des épisodes de soins dispensés en centre hospitalier. C'est en fait une priorité de la DSI.

Cette rationalisation s'inscrit dans l'objectif de réduction des coûts et d'accroissement de l'efficacité. Elle se propose de combler le déficit d'évaluation de la pratique médicale et infirmière, maintes fois souligné dans la littérature et notamment dans le rapport de la Commission Rochon (Commission, 1988 et CSBE, 1995). Elle s'appuie sur le constat de l'existence d'une très grande variabilité dans la pratique médicale et infirmière, tant au niveau des diagnostics, des traitements dispensés que de la durée des séjours en hôpital pour des cas identiques. Elle vise précisément à réduire cette variabilité et à standardiser les pratiques. Pour ce faire, il est nécessaire de procéder à une certaine typification des cas, pour lesquels sont ensuite définis des traitements et des soins homogènes ainsi qu'une durée

d'hospitalisation. Cette approche est apparue aux États-Unis sous la pression des organismes (Medicare, compagnies d'assurance, HMO,) responsables du paiement des soins de santé pour leurs membres ou clients. Pour contrôler les coûts des soins de santé, ces organismes ont décidé d'accorder aux hôpitaux, en guise de paiement, un montant prédéterminé et standard pour divers types de diagnostics, peu importe la durée d'hospitalisation ainsi que le volume et la nature des soins et traitements dispensés dans un hôpital en particulier⁹. Ils ont alors ainsi défini 475 DRG (Diagnosis Related Groups¹⁰. Le MSS en compte aujourd'hui environ 600 (Nadon et al., 1993, 11), Pour chacun de ces DRG, les hôpitaux ont été contraints d'évaluer l'impact des pratiques médicales et infirmières sur les coûts et sur l'état de santé des patients. Ainsi, les considérations financières doivent être prises en compte pour chaque action clinique, dans chacun des cas. Pour les soins infirmiers, le principal paramètre à contrôler devient la durée d'hospitalisation, qu'il faut réduire au minimum. Selon un auteur américain, les DGR ont introduit dans les pratiques hospitalières, une révolution tout aussi majeure que la pénicilline (Zander, 1988). Les directions d'hôpital procèdent donc à l'introduction d'un système de gestion des cas ou des épisodes de soins et de traitements, soit le "case management", que l'on traduit en français par le "suivi systématique de clientèles". Cette approche se définit comme "une planification chronologique du processus de traitements-soins, et des résultats cliniques escomptés; il tient compte de la durée de séjour prévue en fonction de l'état clinique du client" (OIIQ, 1996, 11). Pour un cas typique ou pour un diagnostic donné, une durée d'hospitalisation est déterminée et pour chaque jour des soins et des traitements appropriés sont définis et des résultats escomptés sont précisés. Par ailleurs, le suivi systématique de clientèles introduit une dimension gestionnaire dans le travail clinique: pour le personnel infirmier et médical, la dimension des coûts, notamment sous l'obligation de réduction des durées d'hospitalisation, est intégré dans les pratiques.

⁹ C'est le "système de paiement prospectif par cas", adopté par le Health Care Financing Administration en 1982 et 1983 (Bonnici, 1998).

¹⁰ Traduit en français par "diagnostics regroupés pour la gestion" (Nadon et al., 1993) ou par "groupes homogènes de malades" (Bonnici, 1998).

La typification des cas, dans le cadre du suivi systématique de clientèles, entraîne une certaine rationalisation, voire une standardisation, du travail clinique. Mais, pour reprendre la distinction introduite par Gadrey (1994), c'est une rationalisation professionnelle et non pas industrielle. En effet, le type de rationalisation à l'oeuvre vise à mieux formaliser les traitements et soins appropriés pour un diagnostic, afin d'améliorer les performances d'efficacité et de qualité du travail. Il ne cherche pas à prescrire un ensemble de procédures que les intervenants n'auraient qu'à appliquer de manière mécanique. Bien au contraire, le jugement professionnel et l'autonomie sont toujours requis étant donné la complexité et l'individualisation de chaque cas à l'intérieur d'un même DRG. Dès lors, la gestion des écarts par rapport aux normes constitue une dimension très importante du travail.

Le suivi systématique offre un nouvel espace d'exigences productives et de qualifications consistant en la conception et la coordination de l'ensemble des soins, examens et traitements requis par un patient ainsi que les interventions et visites des médecins et autres professionnels. Cette coordination revêt une importance d'autant plus grande qu'il s'agit de réduire la durée d'hospitalisation et les coûts en éliminant les soins inutiles, tout en assurant la qualité par des soins appropriés, dispensés en temps requis. Qui sera responsable de cette coordination? L'infirmière de chevet, l'assistance infirmière-chef (AIC), une infirmière bachelière ou tout autre professionnel spécialisé dans cette fonction? En outre, la conception des suivis systématiques, la surveillance du cheminement des cas particuliers ainsi que la gestion des écarts par rapport au programme établi nécessitent le renforcement des équipes multidisciplinaires, auxquelles sont invités à participer tous les professionnels intervenants. Quelle sera la place de l'infirmière de chevet dans ces équipes? Y participera-t-elle directement ou sera-t-elle représentée par l'AIC ou une collègue spécialisée dans cette fonction? Ces équipes multidisciplinaires, qui s'apparentent aux groupes d'amélioration de la qualité dans le secteur manufacturier, sont chargés de la résolution des problèmes de qualité et de production et de l'amélioration des méthodes de travail. La participation des travailleurs est alors grandement valorisée. Mais deux modèles de groupes d'amélioration de la qualité sont observés sur le terrain et dans la littérature scientifique : l'un faisant davantage appel aux experts, techniciens et ingénieurs et reléguant la participation des

travailleurs à un rôle secondaire, tandis que l'autre est organisé principalement autour de la participation des travailleurs (Appelbaum et Batt, 1994). Lequel de ces modèles inspirera les équipes multidisciplinaires au CHUQ? Dans les unités observées, l'introduction du suivi systématique en est à ces débuts et les infirmières de chevet sont peu touchées par cette mesure. Semble alors dominée une approche plus centralisée et offrant peu de participation aux infirmières de chevet.

5. Réorganisation du travail

Au CHUQ, depuis 1995, le nombre de cadres a été considérablement réduit. Ce nombre est passé de 312 en mars 1995 à 197 en mars 1999, soit une réduction de 115 postes, ou l'équivalent de 36,8%. (Service de la gestion des relations avec les employés, CHUQ, septembre 1999). L'étendue de contrôle des cadres de premier niveau et des chefs d'unités s'est considérablement accrue, ainsi que leur part de responsabilités et charge de travail. Les AIC assument aussi une part importante des responsabilités; toutefois, ces dernières n'ont pas été dévolues de manière tangible aux infirmières de chevet. La situation est cependant variable selon les unités.

Concernant la réorganisation du travail, l'enjeu se déplace sur la division du travail entre les différentes catégories de personnel soignant et sur la conception des postes de travail ("work design"). Aux États-Unis, les approches de soin global, dans lesquelles les infirmières sont, chacune, assignées à un petit nombre de patients à qui elles dispensent l'ensemble des soins, sont délaissées au profit de formes apparentées au "travail d'équipe"¹¹. Ainsi, certaines fonctions, considérées comme ne requérant pas les qualifications professionnelles de l'infirmière, sont attribuées à du personnel non infirmier

¹¹ Dans les approches de soins infirmiers, le travail d'équipe ne s'inspire pas de l'approche socio-technique qui a été à l'origine du travail d'équipe dans les industries manufacturières. Selon cette dernière conception, le travail d'équipe s'identifie à l'accroissement de l'autonomie au travail par la dévolution aux travailleurs de responsabilités auparavant assumées par les cadres de premier niveau. Au contraire, le travail d'équipe dans les unités de soins renvoie à une organisation du travail plus centralisée et fragmentée. Le travail infirmier est alors divisé et hiérarchisé selon les compétences requises entre différentes catégories professionnelles (infirmières, infirmières-auxiliaires et préposés aux bénéficiaires). Le personnel travaille sous la supervision d'une infirmière chef d'équipe, responsable de la coordination du travail et des relations avec les autres professionnels de la santé.

(“ unlicensed assistive personnel ”, UAP), en fait l'équivalent des préposés aux bénéficiaires), dont le salaire est en moyenne de 20 à 40% inférieur à celui des infirmières. Cela contribue grandement à la réduction des coûts salariaux et, soutiennent les promoteurs de l'usage des UAP, cela libère les infirmières des soins de base pour qu'elles puissent se consacrer aux fonctions qui requièrent leur expertise professionnelle. Par contre, les opposants craignent une sérieuse détérioration de la qualité des soins avec l'usage accru de personnel non infirmier, n'ayant en outre aucune formation reconnue et certifiée (Furlong et Wilken, 1998; Hughes, 1996; Huston1996; Krapohl et Larson, 1996; Lacey et Beck-Warden, 1998 et Sibbald, 1997).

Ce modèle repose donc sur une redivision du travail infirmier. Celui-ci est décomposé en ses différentes tâches élémentaires. Celles-ci sont ensuite regroupées, selon leur degré de complexité, pour former autant de postes de travail différents, qui sont enfin attribués à diverses catégories de personnel, distinctes selon leur qualification et le niveau correspondant de rémunération. Ce modèle s'accompagne d'une fragmentation accrue du travail infirmier et de la réduction importante du nombre d'infirmières qualifiées dans la prestation des soins et traitements. Les infirmières se concentrent dans la gestion des cas et la prestation de soins complexes et plus techniques, soit directement reliés à la prescription médicale ou faisant appel à l'autonomie professionnelle, alors que les autres types de soins sont dispensés par d'autres catégories de personnel, dont la rémunération est inférieure (Koch et Esmon, 1998; Price, 1998; Richardson, 1994 et White, 1997). Ce modèle est en voie de devenir dominant aux Etats-Unis. Cela s'expliquerait en partie par la pénurie d'infirmières diplômées (“ registred nurses ”) (Hendrickson, Doddato et Kovner, 1990), et par la faiblesse et des corporations professionnelles d'infirmières et des organisations syndicales, le taux de syndicalisation n'étant que de 20 % (Boston, 1995). Ainsi, les organisations professionnelles et syndicales ont été incapables de contrer les stratégies patronales en milieu hospitalier et la déréglementation de la profession infirmière, rendant ainsi possible l'accomplissement d'une partie de leurs actes par du personnel non qualifié et moins dispendieux (FIIQ, 1996). Ce dernier modèle s'apparente à une certaine

rationalisation industrielle, malgré les difficultés d'introduire une telle rationalisation dans les services de santé.

Qu'en est-il au CHUQ et dans les unités observées? Cette évolution à l'américaine n'a pas du tout été observée. En effet, l'approche de soin global domine et les compressions budgétaires de même que les réductions de personnel ne se sont pas accompagnées d'une diminution relativement plus importante des infirmières. Leur importance relative dans l'ensemble du personnel et dans le personnel soignant est restée stable. Soulignons en outre que les infirmières auxiliaires ont à toutes fins pratiques disparu des unités de soins. Ne reste que quelques préposés aux bénéficiaires sur les unités de soins. Dans les unités ayant fait l'objet d'une observation, les infirmières représentent entre 80 et 90 % du personnel soignant. Toutefois, à l'intérieur du soin global, deux configurations différentes sont observées dans les unités, selon l'importance relative des composantes¹² de la tâche des infirmières. Chacun de ces modèles, résumés dans le tableau suivant, comporte des conséquences spécifiques sur la professionnalisation et la qualification du travail.

Dans les unités d'orthopédie et de médecine générale, s'impose le modèle de la déqualification et de la déprofessionnalisation du travail¹³. Les infirmières se concentrent sur les soins de base et les techniques élémentaires. L'alourdissement de la charge fait disparaître en grande partie le travail relationnel et émotionnel ("tender loving care"), alors

¹² Composantes de la tâche :

- **Soins de base** : l'ensemble des soins procurant à la personne la satisfaction de ses besoins fondamentaux, sans l'usage de techniques nursing (respiration, alimentation, élimination, hygiène et mobilisation).
- Les **techniques** concernent les soins de base requérant l'usage de techniques nursing, les méthodes diagnostiques et les traitements. Elles sont distinguées selon leur degré de complexité et selon les conséquences que leur utilisation comporte pour l'état de gravité des patients.
 - **Techniques élémentaires.**
 - **Techniques complexes**
- **Enseignement et communication avec les patients**: la transmission des connaissances relatives au diagnostic, aux traitements et aux comportements. Cette composante inclut aussi la relation d'aide et la dimension communicationnelle avec le patient. Cela inclut le travail émotionnel et tout ce qui fait la spécificité du travail sur l'être humain

que le fardeau de travail est vécu comme écrasant. Le travail est routinier et sans grande incertitude. La coordination des soins requis par les patients et les contacts avec les médecins et autres professionnels sont généralement assumés par l'AIC. Il y a perte du sentiment professionnel, puisque le travail ne fait pas appel aux savoirs et savoir-faire de la profession. Est-ce à dire que la situation est mûre pour le remplacement des infirmières par d'autres catégories de personnel moins qualifiées et moins chères ! La reprofessionnalisation du travail représente ici tout un défi. Elle passe certainement par l'allègement des tâches et la revalorisation des composantes négligées du travail infirmier.

-
- **Coordination des soins** : cette composante inclut aussi la gestion de cas. (Lapointe, Chayer, Malo et Rivard, 1999)

-

¹³ Avec toutefois des nuances, les deux unités néonatales se rapprochent de ce modèle, dans la mesure où les cas sont tellement complexes qu'il est à peu près impossible, pour les infirmières de maîtriser les incertitudes dans leur travail.

Tableau 1

Deux modèles d'organisation du travail infirmier

	<i>Requalification</i>	<i>Déqualification</i>
Nature des soins Dispensés	Sur spécialisation (pathologie unique) ou générale	Sur spécialisation, (pathologies multiples) spécialisation ou générale
Incertitudes	Maîtrisées	Absentes ou non maîtrisées
Composantes de la tâche :		
• Soins de base	- -	++
• Techniques élémentaires	+	+
• Techniques complexes	++	- -
• Enseignement	++	- -
• Coordination des soins	++	- -
Rôle de l'AIC	+ -	++

Dans l'unité coronarienne et celle des soins ambulatoires, le travail est requalifié et reprofessionnalisé. Les composantes dominantes de la tâche sont, dans la première unité, les techniques complexes et l'enseignement, et dans l'autre l'enseignement et la communication avec les patients ainsi que la coordination des soins. Faisant appel à des habiletés techniques complexes, à des habiletés communicationnelles et à des habiletés gestionnaires, le travail

renforce l'autonomie des infirmières, qui est la base du professionnalisme (Brint, 1993 et Friedson, 1984). Les infirmières sont proches des médecins, avec qui elles entretiennent des relations plus égalitaires. La spécialisation des unités et la qualification des infirmières favorisent le rapprochement avec les médecins (Aiken, 1995). L'organisation du travail exploite pleinement les opportunités offertes par la reconfiguration de l'hôpital et le virage ambulatoire, en offrant aux infirmières un travail requalifié et reprofessionné; l'acuité des cas exige des techniques nursing complexes; la réduction de la durée des séjours, l'auto-prise en charge de sa santé par le patient ainsi que la médecine et la chirurgie d'un jour exigent davantage d'enseignement; tout cela nécessite enfin une bonne coordination des soins que l'infirmière, particulièrement aux USA, est appelée à faire.

Enfin, bien que non rencontré dans les unités comme tel, mais plausible compte tenu de certaines manifestations relatives notamment au suivi systématique et à la participation dans les équipes multidisciplinaires, un troisième scénario est possible. Il reposerait sur une dichotomisation professionnelle du travail parmi les infirmières. Certaines, mieux qualifiées et nommément bachelières, occuperaient les fonctions qualifiantes, notamment reliées à l'enseignement, aux techniques complexes et à la coordination des soins, tandis que les autres seraient confinées dans les soins de base et les techniques élémentaires (Korniewicz et Palmer, 1997).

On observe donc pour le moment au CHUQ une évolution différente de la voie américaine. Mais, les unités n'évoluent pas pour autant de manière homogène. En effet, des voies d'évolution différentes sont observées selon les unités de soins et leur spécialisation. À première vue, nous serions tentés de conclure à un effet déterminant de la spécialisation de l'unité sur l'évolution du travail. Cependant, dans les faits, cet effet est médiatisé par les choix organisationnels et dans le cas des unités, où la voie déqualifiante a été observée, c'est l'alourdissement des tâches qui rend possible cette évolution.

CONCLUSION

Nécessaire à bien des égards, la reconfiguration du réseau de la santé et de l'hôpital impose des contraintes nouvelles de coûts et d'efficacité dans l'usage des ressources pour la production des soins de santé. Elle se déroule en outre dans un contexte de compressions budgétaires et de réduction du personnel qui amplifient les dimensions contraignantes. Elle offre cependant des opportunités de requalification et de reprofessionnalisation du travail infirmier. Ces opportunités ne peuvent certes se réaliser qu'à certaines conditions qu'il revient aux divers acteurs d'explicitier et pour lesquelles ils doivent travailler à leur concrétisation. Mais d'autres scénarios opposés sont également possibles et ils semblent dominants au sud de la frontière. Encore peu développée au CHUQ, la reconfiguration laisse la voie ouverte pour divers possibles. Quels sont les facteurs qui endigueront son évolution ? La question est ouverte. Mais, il apparaît clair que les choses n'évolueront pas d'elles-mêmes dans une orientation ou l'autre. L'intervention des acteurs sociaux, direction, syndicats, organisations professionnelles et salariés, sera nécessaire pour surmonter les obstacles et baliser les trajectoires.

BIBLIOGRAPHIE

Appelbaum, , Eileen et Rosemary Batt (1994). *The New American Workplace*, Ithaca, New York, IRL Press.

Aiken, Linda H. (1995). “ Transformation of the Nursing Workforce “ , *Nursing Outlook*, septembre/octobre, 201-209.

Association des hôpitaux du Québec (1997). Modèles d'organisation des services ambulatoires dans un centre hospitalier, Montréal, AHQ.

Aucoin, Léonard (1995). “ Problèmes et défis à l'hôpital ”, dans Blouin, R., R. Boulard, P.A. Lapointe, A. Larocque et S. Montreuil, (sous la direction de), *La réorganisation du travail Efficacité et implication*, Ste-Foy, Presses de l'Université Laval, 129-133.

Bélangier , Paul. R et Benoît Lévesque (1990). “ Le système de santé et de services sociaux au Québec : Crise des relations de travail et du mode de consommation ”, *Sociologie du travail*, no 2/90, 231-244.

Bonnici, Bernard(1998). *L'hôpital Enjeux politiques et réalités économiques*, nouvelle édition, Paris, La Documentation française, 205 pages.

Boston, Carol (1995). “ Reengineering in Health Care : Labor Relations Issues ”, dans S. Smith Blancett et D.L. Flarey, (ed), *Reengineering Nursing and Health Care. The Handbook for Organizational Transformation*, Gaithersburg, (My), Aspen Publication, 147-156.

Bourbonnais, Renée, Monique Comeau, Chantal Viens, Denis Laliberté, Romaine Malenfant, Chantal Brisson et Michel Vézina (1998). *La transformation du réseau de la santé: mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Rapport de recherche soumis au Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Équipe de recherche RIPOST, Université Laval et Direction de la santé publique de Québec.

Brannon, Robert L. (1994a). “ Professionalization and Work Intensification Nursing in the Cost Containment Era ”, *Work and Occupations*, Vol.21, No 2, 157-178.

Brannon, Robert L. (1994b)., *Intensifying Care The Hospital Industry, Professionalization, and the Reorganization of the Nursing Labor Process*, Amityville, (NY), Baywood Publishing Company.

Breda, et alii (1997). “ Enhanced Autonomy Through Participatory Action/Research ”, *Nursing Outlook.*, vol. 45, no 2, 76-81.

Brint, Steven (1993). “ Eliot Freidson’s Contribution on the Sociology of Professions ”, *Work and Occupations*, Vol.20, No. 3, 259-278.

Commission d’enquête sur les services de santé et les services sociaux (1988). *Rapport*, Québec, Les publications du Québec.

Conseil de la santé et du bien-être (CSBE) (1995). *Un juste prix pour les services de santé*, Québec, Gouvernement du Québec.

Conseil des services essentiels (1998). *Décision du Conseil des services essentiels*, (Montréal),

Côté, Denyse, Éric Gagnon, Claude Gilbert, Nancy Guberman, Francine Saillant, Nicole Thiverge et Marielle Tremblay (1998). *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d’économie sociale sur les femmes du Québec*, Ottawa, Condition féminine Canada.

Dallaire, Clémence, Michel O’Neil et Christine Lessard (1994). “ Les enjeux majeurs pour la profession infirmière ”, dans Lemieux, Vincent, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger (sous la direction de), *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Sainte-Foy, Les Presses de l’Université Laval.,245-272.

Fédération des infirmières et des infirmiers du Québec (FIIQ) (1996). *L’infirmière d’hier à demain: des interventions clés*, Montréal, FIIQ, 4^{ième} Congrès biennal, janvier 1996.

Freidson, Eliot (1984). *La profession médicale*, Paris, Payot.

Furlong, Beth et Marlene Wilken (1998). “ Namaged Care and the Nursing Profession ”, *Research in the Sociology of Health Care*, Vol. 15, 173-185.

Gadrey, Jean (1996). *Services: la productivité en question*, Paris, Desclée de Brouwer.

Gadrey, Jean (1994) “ La modernisation des services professionnels. Rationalisation industrielle ou rationalisation professionnelle ”, *Revue française de sociologie*, vol. XXXV, 1994, 163-195.

Gill, Louis (1998). “ Le mouvement syndical et les enjeux économiques actuels ”, dans Y. Bélanger et R. Comeau, dir., *La CSN 75 ans d’action syndicale et sociale*, Sainte-Foy, Presses de l’Université du Québec.

Groupe de travail sur la planification stratégique de la main-d’œuvre (1999). *Rapport ad hoc sur la planification stratégique de la main-d’œuvre infirmière à court terme (la période estivale 1999) à moyen et à long terme*, (Montréal), 9 mars 1999.

- Hammer, Michael et James Champy (1993). *Le reengineering*, Paris, Dunod.
- Hendrickson, Gerry, Theresa M. Doddato et Christina T. Kovner (1990). “ How Do Nurses Use Their Time ”, *Journal of Nursing Administration*, Vol. 20, No 3, 31-38.
- Joron, Pierre (1995). “ Les nouvelles formes d’organisation du travail dans le réseau hospitalier québécois ”, dans Blouin, R., R. Boulard, P.A. Lapointe, A. Larocque et S. Montreuil, (sous la direction de), *La réorganisation du travail Efficacité et implication*, Ste-Foy, Presses de l’Université Laval, 117-125.
- Hughes, James J. (1996). “ Managed Care, University Hospitals, and the Doctor-Nurse Division of Labor ”, *Research in the Sociology of Health Care*, Vol. 13A, 63-92.
- Huston, Carol L. (1996). “ Unlicensed Assistive Personnel : A Solution to Dwindling Health Care Resources or the Precursor to the Apocalypse of Registered Nursing? ”, *Nursing Outlook*, Vol. 44, 67-73.
- Koch, Robert W., Kathy L. Beck et Tommie L. Norris (1998). “ Case Management ”, dans Price, S.A., M.W. Koch et S. Bassett ASSETT, (sous la direction de), *Health Care Resource Management Present and Future Challenges*, St. Louis, Mosby 91-102.
- Koch, Robert W. et Deborah Esmon (1998). “ Work Redesign: Rethinking Resource Utilization ”, dans Price, S.A., M.W. Koch et S. Bassett ASSETT, (sous la direction de), *Health Care Resource Management Present and Future Challenges*, St. Louis, Mosby, 65-74.
- Krapohl, Greta L. et Elaine Larson (1996). “ The Impact of Unlicensed Assistive Personnel On Nursing Care Delivery “, *Nursing Economics*, Vol. 14, No 2, 99-110.
- Korniewicz, Denise M. et Mary H. Palmer (1997). “ The Preferable Future for Nursing “, *Nursing Outlook*, Vol. 45, 108-113.
- Lacey, Linda M. et Michelle Beck-Warden (1998). “ Health Care Restructuring : Bitter Medicine or a Shot in the Arm for Nursing? ”, *Research in the Sociology of Health Care*, vol.15, 187-201.
- Lapointe, Paul-André, Malie Chayer, François Malo et Linda Rivard (1999). *Enquête sur le travail infirmier au CHUQ Présentation des résultats provisoires*, Document non-publié, Québec, Université Laval.
- Lathrop, J. Philip (1993) *Restructuring Health Care The Patient Focused Paradigm*, San Francisco, Jossey-Bass, 218 pages.

Maheu, Louis et Paul-Antoine Bien-Aimé (1996). “ Et si le travail exercé sur l’humain faisait une différence... ”, *Sociologie et sociétés*, vol, XXVIII, no 1, 189-199.

McGillis Hall, Linda (1998a). “ The Use of Unregulated Workers in Toronto Hospitals “ , *Canadian Journal of Nursing Administration*, Jan-Feb., 8-30.

McLaughlin, Frank E., Sue A. Thomas et Marjorie Barter (1995). “ Changes Related to Cadre Delivery Patterns ”, *Journal of Nursing Administration*, Vol.25, No 5, 35-46.

Murphy, Emmett C., Shirley Ruch, James Pepicello et Mark Murphy (1997). “ Managing an Increasingly Complex System ”, *Nursing Management*, Octobre, 33-38.

Miers, Susan M. (1998). “ Patient-Focused Care : What Managers Should Know ”, *Nursing Economics*, Vol. 16, No 4, 180-187.

Nadon, Michelle, Claire Thibault et Jane Chambers-Evans (1993). *Suivi systématique de clientèles Expériences d’infirmières et recension des écrits*, Montréal, OIIQ.

Office des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) (1997). *Bilan du suivi systématique de clientèles: vers un nouveau contrat entre les infirmières et les clientèles*, Montréal, OIIQ

Office des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) (1996) *Le suivi systématique de clientèles: une solution infirmière*, Montréal, OIIQ.

O’Malley, Jim et Barbara Llorente (1992) “ Back to the Future : Redesigning the Workplace ”, *Nursing Management*, Vol. 23, No. 1, (pages à déterminer)

Padgett, Stephen M. (1998). “ Dilemmas of Caring in a Corporate Context : A Critique of Nursing Case Management ”, *Advances in Nursing Science*, Vol. 20, no 4, 1-12.

Pedersen, Anne (1997). “ A Data-Driven Approach to Work Redesign in Nursing Units ”, *Journal of Nursing Administration*, vol. 27, no 4, 49-54.

Petit, André (1989). *Les infirmières: de la vocation à la profession*, Montréal, Boréal.

Price, Sylvia Anderson (1998). “ Role of Nursing in Resource, Procurement, Allocation and Conservation ”, dans dans Price, S.A., M.W. Koch et S. Bassett ASSETT, (sous la direction de), *Health Care Resource Management Present and Future Challenges*, St. Louis, Mosby, 23-30.

Reinhardt, Uwe E. (1997). “ Spendig More Throug ‘Cost Control’ : Our Obsessive Quest to Gut the Hospital ”, *Nursing Outlook*, no 45, 145-154.

Richardson, Trudy (1994). “ Reengineering the Hospital: Patient-Focused Care ”, dans M. Parker et J. Slaughter (sous la direction de), *Working Smart: A Union Guide to Participation Programs and Reengineering*, Detroit, Labor Notes, 113-120.

Schweikhart, Sharon B. et Vidki Smith-Daniel (1996). “ Reengineering the Work of Caregivers : Role Redefinition, Team Structures, and Organizational Redesign ”, *Hospital & Health Services Administration*, Vol. 41, No 1, 19-35.

Sibbald,, Barbara (1997). “ Delagating Away Patient Safety ”, *The Canadian Nurse*, février 1997, 22-26.

Smith, Harvey L. (1958). “ Two Lines of Authority : The Hospital’s Dilemma ”, E. G. JACO, (sous la direction de), *Patients, Physicians and Illnes*, New York, The Free Press, 468-475.

Smith Blancett, Suzanne et Dominic L. Flarey (1995). “ Changing Paradigms : The Impetus to Reengineer Health Care ”, dans S. Smith Blancett et D.L. Flarey (sous la direction de), *Reengineering Nursing and Health Care The Handbook for Organizational Transformation*, Gaithersburg, (My), Aspen Publication, 3-14.

Thibault, Claire et Gyslaine Desrosiers (1990). *L’organisation des soins infirmiers: évolution et perspectives*, Montréal, AHQ.

Walston, Stephen L. et John R. Kimberly (1997). “ Reengineering Hospitals : Evidence from the Field ”, *Hospital & Health Services Administration*, vol. 42, no 2, 143-163.

Weil, Thomas P. et Madonna C. Stack (1993). “ Health Reform – Its Potential Impact on Hospital Nursing Service ”, *Nursing Economics*, Vol. 11, No 4, 200-207.

White, Jerry P. (1997). “ Health Care, Hospitals, and Reengineering: The Nightingales Sing the Blues ”, dans Duffy, A., D. Glenday et N. Pupo, (sous la direction de), *Good Jobs, Bad Jobs, No Jobs The Transformation of Work in the 21st Century*, Toronto, Harcourt Brace, 117-142.

Young, Susan et Hazel N. Brown (1998). “ Effects of Hospital Downsizing On Surviving Staff ”, *Nursing Economics*, Vol. 16, No 5, 258-262.

Zander, Karen (1988). “ Nursing Case Management Resolving the DRG Paradox ”, *Nursing Clinics of North America*, vol. 23, no 3, 503- 520.