

La rétention et l'intention de quitter des infirmières au bloc opératoire

Karine Laflamme,^a inf., M.Sc., Annette Leibing, Ph. D.^b et
Mélanie Lavoie-Tremblay^c, inf., Ph.D.

^a Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^b Professeure titulaire, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

^c Professeure agrégée, École des sciences infirmières Ingram, Université McGill

Résumé

Problématique. La rétention infirmière dans les blocs opératoires est un problème important, autant au Québec qu'à l'international. Toutefois, ce même problème persiste malgré le fait que plusieurs facteurs organisationnels et individuels soient connus. Au Québec, l'accès à la chirurgie et la réduction des temps d'attente sont prioritaires pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, et la formation des nouvelles infirmières est un parcours long et coûteux pour les hôpitaux. **But.** Le but de cet article est d'explorer la perception des infirmières sur la rétention et l'intention de quitter au bloc opératoire. **Méthode.** Une ethnographie focalisée a été réalisée à l'automne 2017 dans un hôpital universitaire situé dans un centre urbain québécois au Canada. Onze entrevues (n=11) semi-structurées avec des infirmières ainsi que six jours d'observation ont été effectués. Des conversations informelles et des notes de terrain ont complété la collecte de données et une analyse thématique a été réalisée. **Résultats.** Cinq thèmes ont émergé, soit la rétention des nouvelles infirmières, les départs associés au roulement normal, le cercle vicieux de la pénurie, le partage de la réalité et les déterminants favorisant la rétention. **Discussion et retombées.** Cette recherche a rendu possible la confirmation de plusieurs données du cadre de référence de Tourangeau et al. (2010). L'ethnographie focalisée a permis d'approfondir le contexte particulier du bloc opératoire et trois nouveautés sont ressorties en dehors de ce cadre de référence : la présence de comportements perturbateurs, la nécessité d'améliorer le partage de la réalité et le besoin d'amélioration de la communication. Des recommandations liées à ces enjeux ont été émises.

Mots-clés : rétention d'infirmières, salle d'opération, intention de quitter, ethnographie.

Abstract

Retention and intent to leave of nurses in the operating room

Problematic. Nurse retention in operating rooms is a problem in Quebec and around the world that persists despite well-established organizational and individual factors. Diminished surgical wait times and operating room access are preoccupations for the Quebec ministère de la Santé et des Services sociaux, while training new nurses is costly and time consuming for health institutions. **Aim.** This article aims to explore nurses' perception of retention and the causes influencing nurses' intent to leave. **Methodology.** A focused ethnography was carried out in fall 2017 in a university hospital in an urban center in Quebec, Canada. Eleven semi-structured interviews (n=11) were conducted with nurses, along with six days of on-site observation. Informal conversations and field notes completed the data collection, after which a thematic analysis was conducted. **Results.** Five themes emerged. These were new-nurse retention, usual turnover, the vicious cycle of shortage, the reality of shared responsibility, and determinants favouring retention. **Discussion.** This study confirms many determinants from the Tourangeau et al. (2010) reference framework. This focused ethnography shed light on the specific setting of operating rooms, and brought three new elements to its framework: disruptive behaviour, the improvement of reality sharing, and better communication. Recommendations have been submitted based on these findings.

Keywords : nurse retention, operating room, nurse's intent to leave, ethnography.

Les auteurs aimeraient remercier l'établissement de santé et les infirmières qui ont participé à l'étude. Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à Mme Karine Laflamme, inf. M.Sc., k.laflamme@umontreal.ca

Introduction

Le bloc opératoire présente un contexte unique (Genest, 1990), car il est géographiquement isolé du reste de l'hôpital et présente une plus grande hiérarchie sociale que dans la plupart des autres unités de soins (Gillespie, Wallis et Chaboyer, 2008). Les interactions sont multiples et complexes, les savoirs sont spécialisés (Eskola et al., 2016) et l'ambiance est rapidement changeante. En quelques secondes, une situation calme peut se transformer en une situation critique, demandant une grande capacité d'adaptation et de discipline des professionnels concernés par la chirurgie. De plus, il y a une proximité dans les relations interprofessionnelles qu'on ne retrouve pas ailleurs dans l'hôpital, étant donné que tout le personnel se côtoie autour d'un patient qui, la plupart du temps, est sous anesthésie sur la table d'opération (Lingard, Reznick, Espin, Regehr et DeVito, 2002). Dans ce « monde à part » (Genest, 1990) avec ses particularités uniques, la rétention des infirmières est un problème important qui pose des défis spécifiques aux questionnaires qui sont liés à cet environnement particulier.

La pénurie au bloc opératoire

Le problème de rétention infirmière et de roulement du personnel infirmier dans les établissements de santé est connu internationalement (Carter et Tourangeau, 2012; Hayes et al., 2012; Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Gelinas, Desforges et Marchionni, 2008) et peut avoir une incidence sur la qualité des soins (Lartey, Cummings et Profetto-McGrath, 2014), ainsi que sur la satisfaction des infirmières au travail (Aiken et al., 2001; O'Brien-Pallas, Murphy, Shamian, Li et Hayes, 2010; Tourangeau et Cranley, 2006). Le bloc opératoire n'échappe pas à cette problématique internationale de rétention des infirmières (Björn, Lindberg et Rissén, 2016; Gillespie et al., 2008). Au Québec, le problème de pénurie d'infirmières au bloc opératoire a encore récemment fait la manchette des journaux à la suite d'interventions chirurgicales reportées ou de salles d'opération fermées à cause d'un manque d'infirmières (Archambault, 2017, 2019; Duchaine, 2019). Cette problématique est particulièrement préoccupante, car elle peut mener à des annulations d'interventions chirurgicales (Björn et al., 2016), en plus d'être coûteuse pour les hôpitaux parce que la formation de nouvelles infirmières en salle d'opération est un long parcours dans un environnement complexe (Mollohan et Morales, 2016).

Rétention infirmière

Il existe quelques ouvrages théoriques ou empiriques qui se sont intéressés à la motivation

des infirmières à travailler en salle d'opération (Björn et al., 2016; Laconcepcion et Sookhoo, 2006; Thompson, 2007; Storen et Hanssen, 2011) ou en soins périopératoires (Mackintosh, 2007). Plusieurs auteurs arrivent à des conclusions similaires. Une bonne cohésion dans les relations de travail et une bonne ambiance dans le travail d'équipe (Björn et al., 2016; Laconcepcion et Sookhoo, 2006; Thompson, 2007), des occasions de formation continue (Laconcepcion et Sookhoo, 2006; Thompson, 2007) et le fait d'avoir un patient à la fois (Storen et Hanssen, 2011; Thompson, 2007) sont autant d'éléments qui incitent les infirmières à choisir de rester au bloc opératoire. Finalement, des environnements empreints d'un leadership positif (Björn et al., 2016) et d'un préceptorat dans un lieu soutenant (Gillespie et al., 2008; Willemsen-McBride, 2010) sont des éléments qui améliorent la rétention des infirmières au bloc opératoire.

Intention de quitter le milieu de travail

L'intention de quitter est définie comme étant le plan qu'envisage un employé afin de quitter son emploi actuel et de se trouver un autre travail (Mobley, Horner et Hollingsworth, 1978) dans un futur rapproché (moins de six mois) (Tett et Meyer, 1993). Elle est par ailleurs un des meilleurs prédicteurs de ceux qui quitteront officiellement leur emploi (Mobley et al., 1978; Tett et Meyer, 1993). Dans leur revue systématique de littérature sur l'intention de quitter des infirmières, par exemple, Chan, Tam, Lung, Wong et Chau (2013) ont répertorié plusieurs facteurs organisationnels (environnement de travail, culture organisationnelle, engagement, demande au travail, soutien social) et individuels (satisfaction au travail, surmenage, facteurs démographiques) en lien avec l'intention de quitter son employeur ou la profession infirmière. Certains auteurs utilisent le concept de l'intention de rester plutôt que l'intention de quitter, ce dernier étant en quelque sorte l'inverse de l'autre. Par exemple, si l'employé est capable d'avoir un bon équilibre travail-famille avec une demande psychologique raisonnable et un sentiment d'engagement psychologique envers son travail (Carter et Tourangeau, 2012), tout comme un environnement de travail empreint d'un leadership positif (Cowden, Cummings et Profetto-McGrath, 2011; Lartey et al., 2014; Twigg et McCullough, 2014), cela va l'encourager à rester. Par contre, un débalancement dans la conciliation travail-famille (Nei, Anderson Snyder et Litwiller, 2015) ou encore l'utilisation d'un leadership abusif (Lavoie-Tremblay, Fernet, Lavigne et Austin, 2016) vont influencer son intention de quitter. À notre connaissance, il existe très peu d'ouvrages sur l'intention de quitter des infirmières dans le contexte précis du bloc opératoire (Meeusen, Van Dam, Brown-Mahoney, Van Zundert et Knape, 2011) ou dans des domaines

connexes à la chirurgie (Sveinsdóttir et Blöndal, 2014). Ces données générales sur la rétention et l'intention de quitter ne sont pas toujours transférables au contexte particulier du bloc opératoire, car ce dernier est un environnement unique requérant des savoirs spécialisés dans un environnement stressant (Chen, Lin, Wang et Hou, 2009), sans compter la complexité des interactions interprofessionnelles qui s'articulent autour d'un patient sous anesthésie. Des recherches supplémentaires sont donc nécessaires afin de mieux comprendre ce phénomène complexe dans un milieu différent des autres unités de soins.

Cadre de référence et question de recherche

Dans la littérature, certains auteurs ont décrit des facteurs en lien avec la rétention et l'intention de quitter la profession infirmières (Chan et al., 2013), alors que d'autres utilisent plutôt le terme déterminant (Tourangeau, Cummings, Cranley, Ferron et Harvey, 2010). Dans le but d'être conforme avec notre cadre de référence, c'est le mot déterminant qui a été utilisé dans cette étude. Afin de nous aider à mieux comprendre le phénomène de rétention infirmière et d'intention de quitter au bloc opératoire, c'est le modèle de Tourangeau et al. (2010) qui a été utilisé (Determinants of Hospital Nurse Intention to Remain Employed Model) (voir Figure 1). Ce

modèle en sciences infirmières s'intéresse plus particulièrement à huit catégories thématiques qui reflètent les déterminants de l'intention de rester : les relations avec les collègues de travail, les conditions de l'environnement de travail, les relations et le soutien des gestionnaires, la reconnaissance au travail, le soutien organisationnel et les pratiques de soins, la demande physique et psychologique au travail, la relation avec le patient et la charge du travail ainsi que d'autres facteurs externes. Considérant la problématique de pénurie d'infirmières et les lacunes dans les connaissances concernant la rétention et l'intention de quitter le bloc opératoire, cette étude a voulu répondre à la question de recherche suivante : quelle est la perception des infirmières sur la rétention et l'intention de quitter au bloc opératoire?

Méthode

Devis de recherche

Dans l'optique de répondre à la question soulevée, une étude qualitative avec un devis de recherche de type ethnographie focalisée a été retenue. L'ethnographie provient historiquement du domaine de l'anthropologie (Côté et Gratton, 2014; Creswell, 2013; Holloway et Todres, 2003; Knoblauch, 2005; Madden, 2010).

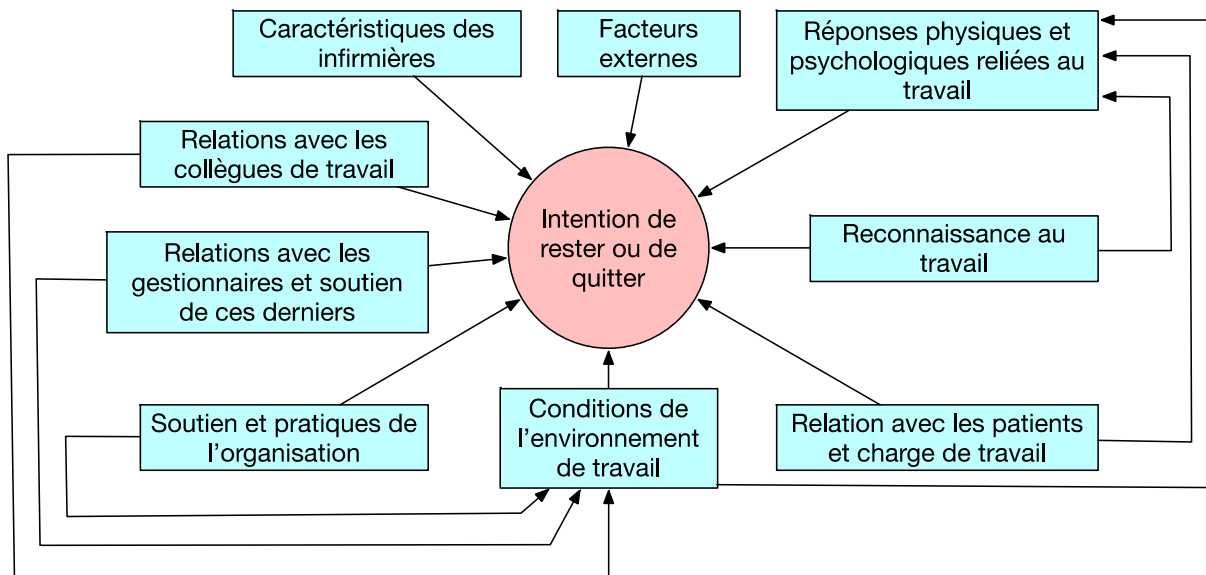


Figure 1. Traduction et adaptation du modèle sur les déterminants de l'intention de rester à l'emploi des infirmières d'hôpital (Tourangeau et al., 2010). Figure traduite par Karine Laflamme.

Cette méthode prend en considération la complexité du milieu, ce qui permet de contextualiser les comportements et de révéler les interrelations entre les multiples facettes des interactions d'un groupe (Constable et al., 2012). De plus, l'ethnographie permet de mieux saisir le sens des comportements humains dans leur milieu naturel (Bourbonnais, 2015; Roper et Shapira; 2000) grâce à des observations, à des entrevues et à l'immersion dans le quotidien. Même les aspects moins visibles et peu articulés d'un phénomène peuvent se dévoiler sous ce regard détaillé (Leibing et McLean, 2007). L'ethnographie focalisée peut être utile pour explorer et comprendre un phénomène particulier dans un contexte précis, par exemple, une unité spécialisée telle que présentée dans cette étude (Cruz et Higginbottom, 2013; Higginbottom, Pillay et Boadu, 2013; Roper et Shapira, 2000). Lorsque le phénomène est plus ciblé, on peut alors demander la participation d'un plus petit nombre de participants et faire une recherche à moins long terme comparativement à ce qui est nécessaire pour une ethnographie classique (Cruz et Higginbottom, 2013; Leininger, 1991).

Milieu à l'étude et échantillonnage

L'étude s'est déroulée de septembre 2017 à octobre 2017. Ce projet de recherche a eu lieu au bloc opératoire d'un hôpital universitaire établi dans un centre urbain québécois au Canada. Le milieu faisait face à une pénurie d'infirmières au moment de l'étude. La population ciblée était composée de toutes les infirmières du bloc opératoire, volontaires, qui répondaient aux critères d'inclusion. Un échantillonnage non probabiliste de convenance, aussi nommé échantillon accidentel ou de volontaires (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007) a été retenu pour les entrevues semi-structurées. Par ailleurs, selon Patton (2002), il n'y a pas de règle prédéfinie concernant la taille de l'échantillon en recherche qualitative. Leininger (1991) suggère que dans une mini ethnographie – ou ethnographie focalisée –, le chercheur a besoin de six à huit « informateurs clés ». Pour cette étude, un nombre de 11 infirmières a été atteint pour les entrevues individuelles. Par ailleurs, concernant les observations de terrain, elles ont été effectuées dans diverses salles au bloc opératoire et se sont échelonnées sur six jours (environ 30 heures). Les critères d'inclusion étaient les suivants : être une infirmière, parler et écrire en français, avoir un poste au bloc opératoire à temps plein ou à temps partiel depuis plus d'un an et avoir envie de partager son expérience.

Collecte de données

Les questionnaires sociodémographiques ont servi à dresser un portrait sommaire du profil des

infirmières de bloc opératoire ayant participé à l'entrevue individuelle semi-structurée. Les entrevues individuelles semi-structurées en personne sont utiles pour avoir la perspective d'un participant sur le sujet de recherche (Mack, Woodsong, MacQueen, Guest et Namey, 2005; Savoie-Zajc, 2009). Dans le cadre de ce projet, des entrevues d'environ 30 à 45 minutes enregistrées sur une bande audio ont été faites dans la collecte de données. Un guide d'entrevue (annexe A) a été élaboré à l'aide de questions ouvertes en incluant les huit déterminants de Tourangeau et al. (2010). De plus, les déterminants additionnels que les infirmières nommaient spontanément étaient pris en considération et détaillés avec les participantes.

L'observation est une méthode de collecte de données qui est avantageuse pour « comprendre les contextes physique, social, culturel et économique dans lesquels des participants vivent; les relations entre les gens, contextes, idées, normes et événements; et les comportements des gens et leurs activités – que font-ils, à quelle fréquence et avec qui » [traduction libre] (Mack et al., 2005, p. 14). Les observations impliquent qu'il faut être attentif à l'environnement social, physique et matériel, tout comme au langage verbal et non verbal des personnes (Atkinson, 2015). Selon le même auteur, il faut aussi être à l'écoute de plusieurs de nos sens, entre autres, la vue, l'ouïe et l'odorat afin de bien prendre en considération la complexité de l'environnement. Cela a permis d'observer au quotidien autant des situations calmes et détendues que certaines plus contraignantes qui peuvent influencer l'envie de rester. Ces observations impliquent aussi d'être à l'affût des jeux de pouvoir, de l'histoire ou de la politique (Madden, 2010), afin de bien contextualiser ou de valider ce qui a été entendu dans les entrevues. L'observation non participative s'est déroulée pendant deux journées par semaine pendant trois semaines. Ainsi, il a été possible de varier les observations et d'observer le déroulement d'une journée habituelle ou de voir si les relations entre les membres de l'équipe différaient d'une salle à l'autre. L'observation s'est déroulée pour des interventions chirurgicales complètes afin de voir tout le processus du début à la fin. Un guide pour l'observation des infirmières, de l'équipe de soins et du milieu a été construit en s'inspirant des suggestions de Laperrière (2009), Mack et al. (2005) et Spradley (1980) (Annexe B). Les observations sont habituellement faites dans les heures où le fonctionnement est le plus actif (Peretz, 1998). Des notes de terrain descriptives (faits observés de façon neutre) et des notes analytiques (mémos sur de la planification ou réflexions sur des intuitions) ont été prises (Laperrière, 2009). Les notes de terrain ont servi à documenter au fur et à mesure nos observations, nos conversations, les

questions qui surgissaient ou encore nos interprétations préliminaires (Roper et Shapira, 2000).

Analyse des données

La méthode d'analyse thématique en six étapes de Braun et Clarke (2006) a été celle privilégiée pour cette étude. La première étape a consisté à s'immerger dans le milieu et à se familiariser avec les données (transcription dans Word, lecture et relecture). Ensuite, le texte a été segmenté en unités de sens et codé tel que le propose Tesch (1990) dans sa phase de décontextualisation. Le codage a permis de faire une sélection de ce qui a été retenu pour l'analyse (Van der Maren, 1996). Un type de codage mixte a été retenu. Le codage fermé était en lien avec nos questions de recherche et le cadre de référence (Van der Maren, 1996). Le codage ouvert a permis de rester ouvert à toute nouvelle donnée pouvant émerger en dehors du cadre de référence. Tesch (1990) suggère d'éliminer les passages anecdotiques ou sans lien avec le sujet de recherche. Cela permet la réduction des données. Troisièmement, le regroupement des codes a permis la recherche de thèmes généraux et de sous-thèmes, ce qui a permis la recontextualisation et la catégorisation. Une relecture intensive des verbatim a permis de raffiner, de créer de nouveaux codes au besoin et de combiner différents codes qui se voulaient semblables à la première lecture. Quatrièmement, une analyse des thèmes avec les codes a permis une révision et un raffinement ainsi qu'une première représentation thématique en schéma. La cinquième étape consistait à définir et à nommer clairement les thèmes, ainsi qu'à faire une représentation thématique finale. Somme toute, le rapport a été produit et a été mis en lien avec les ouvrages théoriques et empiriques.

Considérations éthiques

Le projet a été présenté et approuvé par le comité d'éthique et de recherche de l'hôpital où le projet a eu lieu à l'été 2017 (Projet 17-18 R). Le consentement des participants était libre et éclairé pour les entrevues individuelles semi-structurées. Par ailleurs, l'anonymat du milieu et des participants a été préservé à l'aide de la codification des données. La participation des infirmières était volontaire et les participants pouvaient se désister en tout temps. À notre connaissance, il n'y avait pas de conflits d'intérêts pour cette étude. La confidentialité et l'anonymat des participants ont été respectés, et il n'y a eu aucune atteinte à la vie privée. Pour les observations, aucun renseignement personnel n'a été pris en note, ni sur le patient, ni sur le personnel. Selon le Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche (2015),

si le « chercheur ne recueille aucun renseignement personnel, le consentement n'est pas nécessaire » (gouvernement du Canada, paragraphe 46).

Résultats

Profil sociodémographique des infirmières

La moyenne d'âge des infirmières qui ont participé à l'étude est de 39 ans. Près de la moitié des infirmières ont un diplôme universitaire de premier cycle (n= 5) et l'autre moitié détient un diplôme d'études collégiales (n= 6). Un peu plus de la moitié (n= 6) ont de 5 à 9 ans d'expérience au bloc opératoire et les autres ont plus de 9 ans d'expérience (n=5). Toutes les infirmières qui ont participé à l'étude ont un poste à temps plein (voir Tableau 1).

Tableau 1

Données sociodémographiques des infirmières

Variables	N
Sexe féminin	11
Scolarité	
Collégiale	6
Universitaire	5
Expérience au bloc opératoire	
5 à 9 ans	6
plus de 9 ans	5
Poste à temps plein	11
Moyenne	
Âge	39

Thèmes émergents de l'étude et schéma intégrateur

Dans la littérature, il existe plusieurs déterminants de l'intention de rester (Tourangeau et al., 2010) (Figure 1). Lors des premières étapes de l'analyse des données et principalement à l'aide des données recueillies lors des entrevues, les déterminants ont été regroupés en cinq grands thèmes (Tableau 2). En progressant dans l'analyse, les informations provenant des autres méthodes de collecte de données (observations, conversations informelles, notes de terrain, notes du journal de bord) ont mené à l'élaboration du schéma intégrateur ce qui a permis de contextualiser les résultats (Figure 2).

Tableau 2**Thèmes et déterminants**

Thèmes	Déterminants	Déterminants du cadre de référence
Rétention des nouvelles infirmières	Attirer les infirmières Caractéristiques des nouvelles Formation et soutien des nouvelles	Caractéristiques des infirmières Condition de l'environnement de travail (manque d'infirmières) Soutien et pratique de l'organisation
Départs associés au roulement normal	Distance Manque d'intérêt Opportunité ailleurs Absence de relation avec le patient	Facteurs externes Relation avec les patients
Cercle vicieux de la pénurie	Pénurie d'infirmières Sursollicitation du personnel en place (pression) Épuisement-tensions Comportements perturbateurs Intention de quitter Départs	Condition de l'environnement de travail (manque d'infirmières) Charge de travail Réponses physiques et psychologiques reliées au travail Soutien et pratique de l'organisation Reconnaissance au travail
Partage de la réalité		
Déterminants favorisant la rétention (briser le cercle vicieux)	Bonnes relations de travail infirmières et collègues Amélioration de la communication Reconnaissance des gestionnaires et du corps médical Horaires stables Prime salariale Soutien des gestionnaires dans les situations difficiles	Relations avec les collègues de travail Reconnaissance au travail Soutien et pratiques de l'organisation Relations avec les gestionnaires et soutien de ces derniers

Schéma intégrateur. Le premier rectangle gris au centre du schéma (figure 2) représente le bloc opératoire et les caractéristiques propres à cette unité de soins (nombre de salles d'opération, types de spécialités chirurgicales, centre universitaire ou non, etc.). Peu importe sa taille, un nombre minimal de membres du personnel infirmier est requis afin d'assurer le fonctionnement quotidien de cette unité. D'un côté, le bloc opératoire a constamment besoin de former de nouvelles infirmières (thème 1) afin de maintenir le nombre minimal requis d'infirmières pour son fonctionnement, car de l'autre

côté, il y a un départ constant de membres du personnel. Ce premier type de départs est dit lié au roulement normal et implique des déterminants sur lesquels l'établissement de santé a peu de contrôle (thème 2). Idéalement, si l'arrivée de nouvelles infirmières est en équilibre avec les départs associés au roulement normal, le fonctionnement quotidien du bloc opératoire est assuré. Lorsqu'il y a un déséquilibre en faveur des départs et que le bloc opératoire tombe en dessous du seuil minimal pour son fonctionnement habituel, une pression supplémentaire est mise sur les infirmières en poste

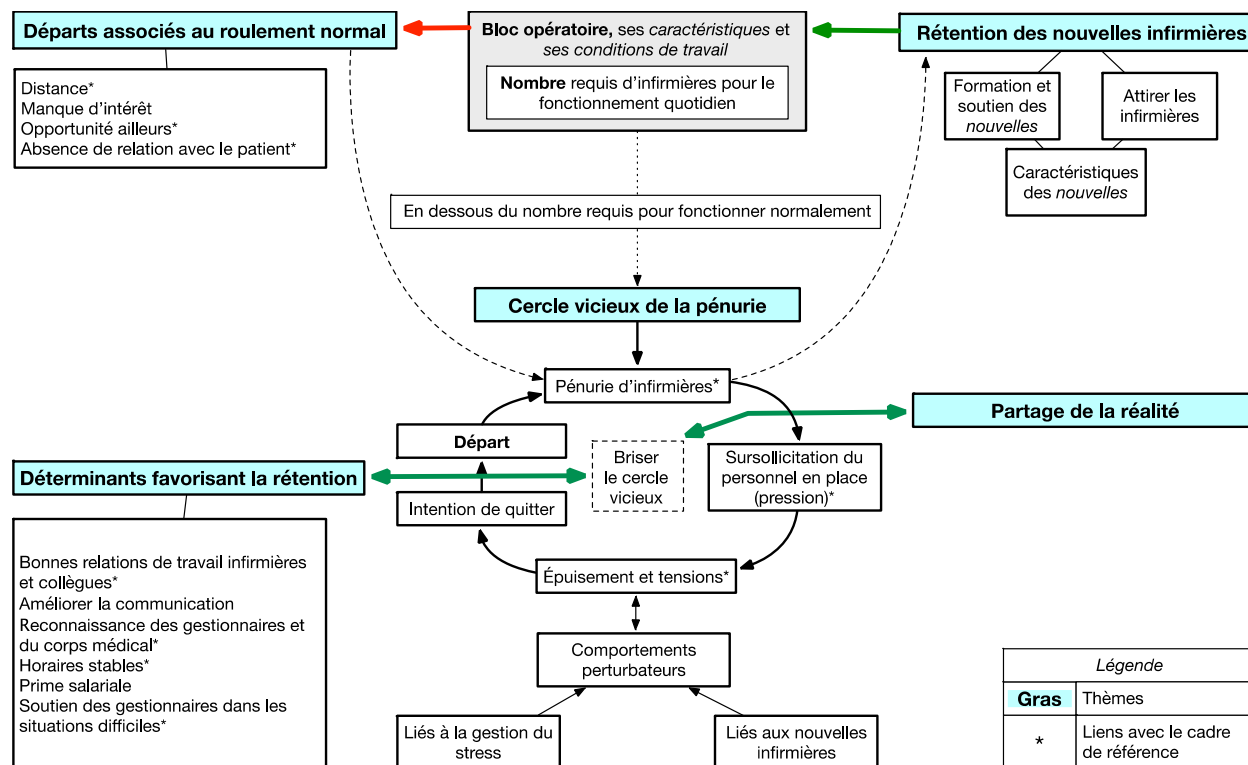


Figure 2. Schéma intégrateur de la rétention et l'intention de quitter des infirmières au bloc opératoire dans un contexte de pénurie. Schéma élaboré par l'auteure principale.

et cette sursollicitation amène de l'épuisement et des départs, ce qui augmente encore plus la pression sur le personnel en place et ainsi de suite. Ceci a été conceptualisé comme étant un cercle vicieux lié à la pénurie (thème 3). De plus, la sursollicitation des différents acteurs du bloc opératoire complexifie les relations de travail et peut être à l'origine de tensions, ce qui mène parfois à des comportements perturbateurs. De tels comportements jouent parfois un rôle dans les départs du bloc opératoire. Pour briser ce cercle vicieux de la pénurie, un partage de la réalité (thème 4) entre les différents acteurs impliqués dans cet environnement aide à diminuer les tensions entre les divers groupes de travail. En effet, ceux-ci vivent souvent leurs frustrations en « silos », ce qui peut potentiellement augmenter les tensions vis-à-vis des autres groupes de travail qui ne partagent pas nécessairement les mêmes préoccupations. Finalement, afin d'aider à briser le cercle vicieux de la pénurie, divers déterminants favorisant la rétention (thème 5) ont été identifiés. Afin d'assurer l'anonymat dans les verbatims qui suivront, les participantes sont identifiées avec un P suivi d'un chiffre relatif à leur codification (1 à 11).

Thème 1 : La rétention des nouvelles infirmières

Cette section abordera principalement les données concernant les nouvelles infirmières à attirer, à recruter, à former et à retenir.

Attirer les infirmières. Il semble qu'offrir la possibilité de venir observer au bloc opératoire, d'avoir des infirmières qui ont un intérêt pour le côté plus concret et visuel de l'anatomie et de faire découvrir le rôle particulier de l'infirmière en salle d'opération soient des avenues prometteuses afin de solliciter de nouvelles infirmières au sein de l'établissement : « J'ai fait une journée d'observation, j'ai vu les césariennes, j'ai vraiment tripé » (P1). Quand une infirmière expérimentée partage son enthousiasme pour le bloc opératoire à une infirmière de la relève, il semble que cet échange participe positivement à l'augmentation de l'attrait du personnel infirmier dans les salles d'opération : « [...] une voisine qui travaillait dans un bloc opératoire [...] elle me parlait de son travail. Je trouvais que ça avait l'air intéressant [...] » (P9).

Caractéristiques des nouvelles infirmières.

Ce déterminant aborde le type de personnalité qui s'adapte le mieux au bloc opératoire. Il est important d'avoir une certaine force de caractère, comme l'illustre le verbatim suivant : « C'est bousculant [...] [ce n'est pas] tout le monde qui est fait pour le bloc, dans le sens où il faut quand même que tu aies un bon caractère [...]. Parce qu'à force de te faire rentrer dedans, si tu traînes ça chez vous après 4 heures, tu tofferas pas longtemps. [...] » (P1). Ce sujet est toutefois approfondi dans un deuxième article (Laflamme, Leibing et Lavoie-Tremblay, 2019).

Formation et soutien des nouvelles infirmières. Afin d'éviter de perdre des infirmières à cause des horaires atypiques, il semble préférable que les horaires irréguliers puissent être intégrés assez rapidement en cours de formation afin que la nouvelle infirmière puisse voir rapidement la réalité du travail en salle d'opération. Aussi, plusieurs infirmières s'entendent pour dire qu'un des éléments cruciaux liés à la rétention des nouvelles infirmières est de les soutenir, surtout quand elles commencent leurs gardes de fin de semaine. Il faut s'assurer d'équilibrer l'expérience au cœur des équipes, sans quoi certaines infirmières pourraient partir par manque de soutien : « Parce que quand une personne vient de finir sa formation [...] faut mettre une vieille avec une nouvelle [...] Toutes les nouvelles [qu'on] formait [...], partaient. [...] Parce qu'elles se sentaient [...] lâchés louses, puis arrangez-vous. [...] [KL : OK, ça c'est une raison qui fait que vous avez perdu plusieurs infirmières]. Oui » (P8).

Thème 2 : Les départs associés au roulement normal

En se référant au schéma intégrateur de la Figure 2, il est possible de constater qu'il y a des départs associés au roulement normal d'un bloc opératoire, c'est-à-dire des départs qui auraient eu lieu même dans un contexte de travail idéal. En effet, il y a des raisons de départ qui sont davantage de nature individuelle, sur lesquelles l'administration a peu de pouvoir, telles que le manque d'intérêt pour le travail au bloc, les opportunités ailleurs ou la distance entre la maison et l'hôpital. Par exemple, il faut être capable de répondre à un appel d'urgence et d'être sur place à l'hôpital en dedans de 30 minutes : « [...] elles n'ont comme juste pas eu le choix de changer d'hôpital parce qu'elles étaient à plus de 30 minutes d'ici à cause des gardes » (P2). De plus, l'absence de relation avec le patient en salle d'opération ne convient pas à plusieurs infirmières : « [...] ce n'est pas ma place [...] moi je veux rester avec les patients, tourner, donner des médicaments, faire le dossier, évaluer. » (P7)

Thème 3 : Le cercle vicieux de la pénurie

Par ailleurs, pour les nouvelles infirmières qui vont bien et qui aiment le travail de bloc opératoire, il est primordial de tenter de les préserver afin de minimiser les coûts de formation, d'éviter de décourager les équipes en place et de tomber sous le seuil minimal requis d'infirmières, ce qui peut mener vers le cercle vicieux de la pénurie. Les données qui émergent des entrevues font essentiellement état d'un bloc opératoire qui est arrivé à une pénurie d'infirmières importante. Lorsque le bloc opératoire tombe en dessous du nombre minimum d'infirmières requis pour fonctionner, il semble y avoir des signes précurseurs (arrêt fréquent de salles pour dîner, annulation de cas en fin de journée, incapacité d'ouvrir le nombre habituel de salles le matin). Fonctionner avec un nombre en dessous du seuil minimal semble amener vers le cercle vicieux de pénurie. Les différents déterminants de ce cercle sont : la pénurie d'infirmières qui amène une sursollicitation du personnel sur place, l'épuisement et des tensions, qui peuvent amener des comportements inappropriés entre les individus (comportements perturbateurs : « comportements qui ne montrent pas à autrui un niveau adapté de respect [...] » (Villafranca, Hamlin, Enns et Jacobsohn, 2017, p. 128) pour finir par mener à l'intention de quitter et à des départs qui se concrétisent, ce qui augmente la sollicitation de ceux qui restent et ainsi de suite. Ici, nous allons approfondir le déterminant « comportements perturbateurs » qui a émergé en dehors du cadre de référence.

Comportements perturbateurs. Le fait d'avoir toujours de nouvelles infirmières en formation amène son lot de défis, tels qu'un épuisement des formateurs ou une irritation des chirurgiens travaillant souvent avec des débutantes. Il semblerait qu'un milieu en pénurie, où l'épuisement et les tensions sont palpables, puisse contribuer à des comportements perturbateurs. Comme illustré dans le schéma intégrateur de la Figure 2, les flèches vont dans les deux sens, car les comportements perturbateurs peuvent aussi contribuer à la tension. Le bloc opératoire du projet de recherche n'échappe pas aux comportements perturbateurs habituellement connus dans les écrits (Cochran et Elder, 2015; Coe et Gould, 2008). Par exemple, cela peut aller d'un ton plus sec ou un manque de patience aux cris ou aux insultes, qui semblent parfois inévitables en salle d'opération.

Comportements perturbateurs en lien avec les nouvelles. Il semble que les comportements perturbateurs venant de la part des chirurgiens soient davantage liés aux nouvelles infirmières : « Je pense [qu'il faut] préparer le contexte. Je [ne] vous dis pas que ça fonctionne toujours, mais 80 %

du temps, si on informe l'équipe médicale qu'il y a une nouvelle [...], ils devraient être en mesure de baisser leurs attentes ou de se recalibrer pour être capable de travailler sans être agressifs. Je pense que le chirurgien est exigeant par défaut. [...] » (P11). Au début des apprentissages de l'infirmière, il semble difficile de gagner la confiance du chirurgien, ce qui peut entraîner plusieurs semaines d'adaptation, voire des mois, plus difficiles. Heureusement, selon les infirmières rencontrées lors des entrevues, une fois la confiance gagnée, la relation avec les chirurgiens semble s'améliorer.

Comportements perturbateurs en lien avec le stress. Certains comportements perturbateurs des chirurgiens sont en lien avec la gestion du stress, par exemple, lors d'un imprévu ou d'une complication chirurgicale. Le chirurgien porte la responsabilité de la réussite de la chirurgie, de la sécurité du patient, de l'absence de complications et du bon déroulement de l'intervention. Lorsqu'un imprévu survient, les réactions varient d'un chirurgien à l'autre. Certains restent plus calmes alors que pour d'autres, la gestion du stress semble plus difficile. Il est pertinent de mentionner que quand le ton monte à cause du stress, cela semble rarement dirigé directement contre l'infirmière. Idéalement, l'infirmière devrait être capable de s'en détacher, comme le rapporte cette infirmière : « [...] les chirurgiens, des fois, quand ils sont dans un stress, ou que ça [ne] fonctionne pas comme ils veulent, vont s'emporter un peu, souvent, c'est l'infirmière qui va recevoir les insultes, si on peut dire, pis ça, justement, faut être capable de s'en détacher... » (P3).

Certains des éléments rapportés en entrevue ont aussi pu être observés dans les salles d'opération. L'ambiance peut rapidement passer de conviviale à sérieuse, surtout quand l'intervention se complique, par exemple, par le surgissement d'un saignement imprévu. Le chirurgien lève alors le ton en demandant un instrument spécialisé. Dès lors, le stress augmente. Les gens deviennent sérieux et à l'affût des besoins du chirurgien pour pallier la complication chirurgicale. Il est important de souligner le soutien entre les infirmières dans cette ambiance plus tendue, même lorsqu'il s'agit seulement de contacts visuels entre elles. Les infirmières expérimentées répondent tout de suite à l'autorité ou au ton qui monte, en démontrant beaucoup de savoir-faire et de professionnalisme.

Comportements perturbateurs en lien avec la rétention d'infirmières. Malheureusement, ces comportements peuvent avoir une influence négative sur l'envie de rester des infirmières, comme le rapporte cette infirmière : « [...] quand tu te fais des fois ramasser par les chirurgiens ou par les gens dans la salle [et] que c'est tout le temps comme ça [...], que ton travail [n'est] pas reconnu, je serais partie ailleurs, définitivement » (P1).

Intention de quitter. Contrairement aux « départs associés au roulement normal », l'intention de quitter des infirmières dans le contexte du cercle vicieux de pénurie est en lien avec différents enjeux sur lesquels l'organisation peut intervenir. En effet, le contexte difficile de pénurie et de sursollicitation contribue à l'épuisement des infirmières. Cela peut être lié à la pression ou au stress, aux horaires difficiles et au manque de reconnaissance. Par exemple, l'épuisement général ressenti avec l'horaire chargé et toutes les gardes qui reviennent plus souvent en contexte de pénurie peut amener les infirmières à choisir un poste ailleurs. Les infirmières sont épuisées et on peut le ressentir dans le verbatim suivant : « Il manque beaucoup de monde, les gens sont fatigués, il y a une pénurie qui est comme plus évidente, on dirait [alors] là, la charge retombe toute sur les mêmes personnes [et] là, bien, ça va plus chialer [...] [KL : Les gens sont plus fatigués, en fait]. Sont fatigués, ils font de la garde, ils sont toujours appelés sur leurs gardes, ça devient épuisant, là » (P8). Malheureusement, dans ce cercle vicieux de la pénurie, il y aura inévitablement des départs, ce qui va contribuer au manque d'infirmières. Les infirmières épuisées de la charge de travail vont quitter leur poste pour des blocs opératoires avec une charge moins lourde : « [...] les personnes aiment le travail de bloc opératoire, d'être infirmières au bloc opératoire [...], mais elles ne veulent pas assumer toute cette charge-là. Donc, elles vont aller vers un bloc opératoire qui va être moins exigeant [...] » (P5). Finalement, le manque de reconnaissance contribue à l'intention de quitter : « [...] ça m'écœurerait beaucoup qu'on aille zéro reconnaissance, qu'il manque du monde, qu'on dépanne, mais qu'après ça, on n'est pas capable de rien nous donner en retour [...] » (P6).

Thème 4 : Le partage de la réalité

Dans le contexte de la pénurie d'infirmières vécue, il est pertinent de constater qu'il y a une méconnaissance de la réalité de l'autre malgré la proximité entre les professionnels. Un certain partage de la réalité vécue de l'autre permettrait aux infirmières de se sentir davantage comprises dans ce contexte de pénurie. Par exemple, tel que l'illustre ce verbatim, une infirmière raconte qu'un chirurgien ne se rendait pas compte à quel point le problème de pénurie était rendu important et que les chirurgiens devraient être davantage concernés par la problématique de rétention infirmière : « Parce qu'on est tout le temps en train de pallier, on reste faire du TS [temps supplémentaire], [alors il n'y a] pas vraiment de journées opératoires qui étaient coupées [...] Là, il y a des coupures de salles, une par jour depuis quelques semaines [...], là, on dirait qu'ils se rendent compte qu'il manque vraiment du monde [...], ils commencent on dirait à s'intéresser

à ça. Mais on est comme rendus là, on est rendus trop loin » (P2).

Il semblerait que personne n'a de vue d'ensemble sur la réalité de chacun. Cette réalité implique que chacun travaille pour sa profession sans vraiment réaliser les répercussions de la réalité sur les autres. Une infirmière qualifie même cette situation de travail en « silos ». En résumé, il semble y avoir une méconnaissance des autres membres de l'équipe lors de la problématique de pénurie et un certain manque de communication et de partage de la réalité, ce qui est nouveau par rapport à notre cadre de référence. Nous allons maintenant aborder le cinquième et dernier thème concernant ce qui influence la rétention des infirmières selon leur perception.

Thème 5 : Les déterminants favorisant la rétention infirmière

Dans le schéma intégrateur de la Figure 2, les déterminants qui améliorent la rétention infirmière peuvent aider à venir rompre le cercle vicieux. La plupart des infirmières qui aiment le bloc opératoire semblent apprécier le travail en tant que tel, le fait de travailler en équipe multidisciplinaire et d'avoir un lieu d'appartenance. Plusieurs d'entre elles perçoivent la salle d'opération comme un milieu stimulant, peu routinier, rempli d'occasions d'apprentissages, où la dynamique quotidienne est parfois parsemée d'imprévus et d'adrénaline, surtout lors des urgences. Elles semblent proposer des solutions concrètes aux problématiques de terrain et cette section témoigne des six déterminants consacrés à cet effet. Tout d'abord, l'esprit d'équipe et les bonnes relations entre les collègues disposent les infirmières à rester dans leur milieu de travail. Aussi, afin de conserver les infirmières déjà en place, l'amélioration de la communication, la reconnaissance des gestionnaires et du corps médical, les horaires stables, une prime salariale et le soutien des gestionnaires dans les situations difficiles semblent aider à la rétention, selon les infirmières. Il est important d'avoir le soutien des gestionnaires dans les situations difficiles ou de conflits, c'est-à-dire où il faut intervenir rapidement et de façon constante. Ceux-ci doivent faire preuve de leadership pour régler les situations : « [...] il faut que l'administration soit vraiment proactive quand il arrive des incidents de discordes ou de malentendus entre les individus. [...] Si les gens qui travaillent ont l'impression que l'administration ne fait rien pour améliorer une situation qui est intolérable, là, ils vont aller voir ailleurs... [KL : Ils vont perdre des joueurs] Ça, c'est clair. » (P8). L'accent sera mis sur l'amélioration de la communication, une nouveauté qui est en dehors de notre cadre de référence.

Améliorer la communication. L'amélioration de la communication est, selon les infirmières en entrevue, essentielle pour retenir les infirmières et cela ressort en dehors du cadre de référence. Dans plusieurs discussions informelles, il a été soulevé qu'amener un changement ou une nouveauté dans la pratique quotidienne n'est pas simple, qu'il y a facilement de la résistance au changement au bloc opératoire. L'amélioration de la communication à cet égard pourrait aider. Selon les infirmières, améliorer la communication fait partie des solutions que pourrait employer l'organisation afin de les aider. Plusieurs infirmières trouvent que l'information ne se rend pas aussi bien à elles dans le quotidien et en particulier dans les salles : « [...] le manque de communication, ça, c'est quelque chose qu'on vit ici, presque au quotidien je dirais. [Tu sais] de l'information qui ne nous rejoint pas dans la salle. Il se prend des décisions ici et là, il y a des procédures qui sont lancées, il y a des informations qui sont disponibles, mais on dirait que [...] elles deviennent disponibles, mais à une très courte échéance avant qu'il soit trop tard [...] On est une équipe dans la salle [...], des fois, il y a juste 25 % de l'équipe qui est au courant que le cas prochain est changé » (P8).

Discussion

Déterminants qui améliorent la rétention

Plusieurs déterminants peuvent aider à la rétention et les données de cette recherche vont dans le même sens que le cadre de référence de Tourangeau et al. (2010). Par exemple, selon les infirmières de cette étude et la littérature existante, l'esprit d'équipe et les bonnes relations entre les collègues (Björn et al., 2016; Thompson, 2007), la reconnaissance par les gestionnaires (Sveinsdóttir et Blöndal, 2014; Tang et Naugle, 2010), les horaires favorisant une certaine flexibilité et qui sont compatibles avec la conciliation travail-famille (AlAzzam, AbuAlRub et Nazzal, 2017), une prime salariale (Li, Galatsch, Siegrist, Muller et Hasselhorn, 2011) et le soutien des gestionnaires dans les situations difficiles (Lartey et al., 2014; Twigg et McCullough, 2014) aident à la rétention. La nouveauté en dehors du cadre de référence se situe davantage en lien avec la nécessité d'améliorer le partage de la réalité et la communication en salle d'opération.

L'amélioration du partage de la réalité. Nous avons vu dans la présentation des résultats l'importance du contexte de pénurie d'infirmières (cercle vicieux de la pénurie, Figure 1) au moment de l'étude. Il est intéressant de constater qu'il y a une méconnaissance de la réalité de l'autre. En effet, même si les gens évoluent à proximité dans un environnement physique restreint, ils ne semblent pourtant pas partager la même réalité.

Une avenue qui pourrait être prometteuse afin d'améliorer la situation serait que cette problématique de pénurie et ses conséquences soient partagées par tous les groupes de travail. Si tout le monde partage le problème, la faute n'est pas uniquement imputable aux infirmières. Ce procédé facilite la recherche d'une vision commune afin de trouver des solutions acceptées par tous les groupes de travail. Une gestion des problèmes complexes pourrait être facilitée par le co-leadership, c'est-à-dire quand plusieurs personnes réfléchissent à un même enjeu. Cela a aussi l'avantage de partager l'imputabilité, la responsabilité et le risque (O'Toole, Galbraith et Lawler, 2002). Aussi, le partenariat fort en dyade entre les infirmières et médecins gestionnaires permet de régler des situations de gestion clinique complexe (Clausen et al., 2017). Par ailleurs, avant que le problème ne devienne trop important, le partage de la réalité des différents acteurs concernés dans le fonctionnement du bloc opératoire est essentiel. Par exemple, les services professionnels (chirurgiens, anesthésistes), conjointement avec les soins infirmiers, pourraient choisir de temporairement réduire le nombre de salles d'opération fonctionnelles de jour la semaine, afin de diminuer la pression sur les équipes en place, le temps que les autres mesures correctives aient donné les résultats escomptés. Ceci permettrait de mettre promptement en place des mesures afin d'améliorer la situation et de faire participer tous les acteurs importants dans le fonctionnement du bloc opératoire. Les différents professionnels doivent utiliser un plan avec un but commun et partagé de tous.

L'amélioration de la communication. Les résultats de notre étude suggèrent que l'amélioration de la communication semble essentielle pour favoriser la rétention infirmière. Les enjeux de communication sont multiples dans un bloc opératoire. Les infirmières travaillent en étroite collaboration avec plusieurs professionnels dans un espace restreint d'environ 50 m² (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Du côté de la littérature, les écrits abordant l'amélioration de la communication au bloc opératoire sont plutôt en lien avec la sécurité des patients (Gillespie, Chaboyer et Murray, 2010; Lingard et al., 2005; Makary et al., 2006; Williams et al., 2007), l'amélioration des résultats des patients (Clayton, Isaacs et Ellender, 2016; Mazzocco et al., 2009; Sacks et al., 2015) ou encore l'efficacité des soins de santé (Sacks et al., 2015). Quelques écrits vont dans le même sens que nos résultats, mais ce ne sont pas des études dans un bloc opératoire. Selon Tang et Naugle (2010), les interventions organisationnelles qui peuvent être faites par les infirmières gestionnaires et qui favorisent une meilleure rétention infirmière sont en lien avec l'amélioration de la communication parmi

les infirmières, ce qui peut aussi améliorer la satisfaction au travail et la rétention. L'amélioration et la satisfaction de la communication peuvent ainsi améliorer la satisfaction au travail selon une étude africaine auprès de 265 infirmières (Wagner, Bezuidenhout et Roos, 2015).

Déterminants qui nuisent à la rétention d'infirmières

Plusieurs déterminants nuisent à l'envie de rester au bloc opératoire. Par exemple, le stress, l'épuisement, les horaires difficiles, le manque de reconnaissance et les comportements perturbateurs font partie des éléments soulevés par les infirmières qui amplifient l'intention de quitter. Ces données vont dans le même sens que le cadre de référence de Tourangeau et al. (2010). Par contre, les comportements perturbateurs ont été interprétés comme une nouveauté en dehors du cadre de référence compte tenu de la complexité et du contexte particulier au bloc opératoire.

La présence de comportements perturbateurs. Les résultats de notre étude suggèrent que la présence de comportements perturbateurs semble inévitable dans un milieu à haut niveau de stress comme le bloc opératoire et que cela peut avoir une influence sur l'intention de rester. Ce sont particulièrement les infirmières peu expérimentées qui semblent vivre cet enjeu. De plus, dans notre étude, s'ajoute un contexte de pénurie d'infirmières bien établi, ce qui ne facilite pas la situation. Pour les comportements perturbateurs en lien avec la gestion du stress, il y a un changement d'ambiance dans la salle quand un imprévu chirurgical survient. Selon la personne et le type de complications, certains chirurgiens peuvent adopter des comportements perturbateurs (ton plus sec, insultes, impatience, etc.) quand le niveau de stress augmente. Par contre, nous avons vu dans les résultats que cela semble rarement dirigé contre l'infirmière. Plusieurs écrits rapportent que le travail de bloc opératoire est fait dans un environnement stressant (Chen et al., 2009; Vowels, Topp et Berger, 2012) et que la profession de chirurgien est un travail à haut niveau de stress (Balch, Freischlag et Shanafelt, 2009). Selon les mêmes auteurs, les chirurgiens ont régulièrement à gérer des situations où la vie de leur patient est en jeu, ce qui peut occasionner une grande source de stress. Finalement, selon les résultats de notre étude, la présence de comportements perturbateurs peut malheureusement avoir une influence négative sur l'intention de rester des infirmières et cela rejoint les écrits de plusieurs auteurs. En effet, selon Rosenstein (2002), les interactions entre les infirmières et les médecins peuvent altérer la satisfaction, la rétention et le moral des infirmières. De plus, les relations dénigrantes et insatisfaisantes (Tourangeau et al., 2010) ou les relations

conflituelles entre les infirmières et les médecins (Heinen et al., 2013) peuvent avoir une influence sur l'intention de quitter son travail.

Limites de l'étude

Une première limite est le fait que l'étude a été réalisée dans un seul bloc opératoire d'un milieu universitaire qui ne reflète peut-être pas l'ensemble des blocs opératoires québécois. De plus, ce bloc opératoire faisait face à une grave pénurie d'infirmières. Une deuxième limite est le nombre restreint d'observations et l'exclusion des quarts de soir, de nuit et de fin de semaine. Une dernière limite serait que toutes les infirmières rencontrées en entrevue avaient plus de 5 ans d'expérience, ce qui ne permet pas de considérer la perception des infirmières plus novices.

Recommandations

Afin d'améliorer la rétention infirmière au bloc opératoire, plusieurs stratégies peuvent être mises de l'avant par les gestionnaires. Cette étude comprenait seulement des infirmières de plus de cinq ans d'expérience au bloc opératoire. Comme il y a un défi autour de la rétention des infirmières en formation ou nouvellement formées, il serait important, dans de futures études, d'avoir leur version sur ce qui les influence à quitter leur emploi ou à rester.

Pour la formation, offrir des occasions de découvrir le rôle particulier de l'infirmière en salle d'opération semble un premier pas pour attirer des infirmières au bloc opératoire. Il serait important de sensibiliser davantage les infirmières pendant leur parcours scolaire à ce milieu relativement isolé et moins connu, en plus de les encourager à faire de l'observation durant leurs stages. Aussi, il serait pertinent de faire des portes ouvertes et d'offrir la possibilité à des infirmières déjà en poste dans l'hôpital de venir visiter les blocs opératoires. Finalement, avant le début de la formation, les infirmières devraient être sensibilisées à la réalité du bloc opératoire, c'est-à-dire à un milieu à haut niveau de stress où il faut souvent repartir de zéro malgré l'expérience acquise sur d'autres unités, des horaires atypiques et peu de contacts avec le patient. Diverses mesures, comme le préceptorat, l'introduction rapide des horaires atypiques et des gardes, ainsi qu'un soutien constant en cours de formation se devraient d'être envisagées par les responsables de la formation.

Pour la pratique clinique, bien que nous ayons compris que le milieu du bloc opératoire est à haut niveau de stress et que parfois, les comportements perturbateurs semblent inévitables, il serait important de sensibiliser davantage les chirurgiens et l'équipe de soins à l'influence de ceux-ci sur la rétention des nouvelles infirmières. De plus, il est

essentiel de leur offrir du soutien lorsque de telles situations se produisent et d'agir rapidement.

Pour la gestion, améliorer la communication afin que les infirmières soient davantage informées au quotidien est un enjeu important. Que ce soit concernant les procédures ou le fonctionnement, ou par rapport à divers changements en cours de journée, avoir des mécanismes de communication efficaces semble primordial. Ainsi, les infirmières pourront se sentir plus reconnues, écoutées et concernées dans la logistique quotidienne. Par ailleurs, avant que le problème ne devienne trop important, le partage de la réalité des différents acteurs concernés dans le fonctionnement du bloc opératoire est essentiel. Par exemple, les services professionnels (chirurgiens, anesthésistes), conjointement avec les soins infirmiers, pourraient choisir de temporairement diminuer le nombre de salles d'opération fonctionnelles de jour la semaine, afin de réduire la pression sur les équipes en place, le temps que les autres mesures correctives aient donné les résultats escomptés. Ceci permettrait de mettre en place rapidement des mesures afin d'améliorer la situation et de faire participer tous les acteurs importants dans le fonctionnement du bloc opératoire. Les différents professionnels doivent utiliser un plan avec un but commun et partagé de tous. La pénurie doit devenir le problème de tous, pas seulement celui des infirmières.

Conclusion

La pénurie d'infirmières dans les blocs opératoires québécois est un enjeu actuel pour les gestionnaires des établissements de santé. Dans la littérature, il existe peu d'études abordant la rétention infirmière et encore moins d'écrits sur la rétention et l'intention de quitter au bloc opératoire. Cette recherche a contribué à l'avancement des connaissances en sciences infirmières et à l'amélioration de la compréhension d'un phénomène fort complexe. En effet, l'étude a permis de confirmer et d'approfondir plusieurs déterminants déjà connus dans la littérature en plus de mettre en évidence de nouveaux déterminants. Améliorer la communication et le partage de la réalité tout comme intervenir sur les comportements perturbateurs sont des enjeux importants. Augmenter la rétention d'infirmières de salle d'opération diminuera les coûts pour les hôpitaux et le système de santé et, on l'espère, améliorera l'accès à la chirurgie. De futures recherches mettant l'accent sur des infirmières plus novices en salle d'opération pourraient aussi amener une vision complémentaire à cette étude.

Références

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., ... Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs, 20* (3), 43-53. Doi : 10.1377/hlthaff.20.3.43
- AlAzzam, M., AbuAlRub, R. F., & Nazzal, A. H. (2017). The relationship between work-family conflict and job satisfaction among hospital nurses. *Nursing Forum, 52*(4), 278-288. doi:10.1111/nuf.12199
- Archambault, H. (2017, 22 septembre). Pénurie d'infirmières au bloc opératoire du CUSM. *Journal de Montréal*. Repéré à <https://www.journaldemontreal.com/2017/09/22/penurie-dinfirmieres-au-bloc-operatoire-du-cusm>
- Archambault, H. (2019, 15 avril). CHUM : le bloc opératoire ne fonctionne toujours qu'à 70% de sa capacité. *Journal de Montréal*. Repéré à <https://www.journaldemontreal.com/2019/04/15/salles-doperation-toujoursvacantes>
- Atkinson, P. (2015). *For ethnography*. Los Angeles, CA : SAGE Publications.
- Balch, C. M., Freischlag, J. A., & Shanafelt, T. D. (2009). Stress and burnout among surgeons: understanding and managing the syndrome and avoiding the adverse consequences. *Archives of Surgery, 144* (4), 371-376. doi : 10.1001/archsurg.2008.575
- Björn, C., Lindberg, M., & Rissén, D. (2016). Significant factors for work attractiveness and how these differ from the current work situation among operating department nurses. *Journal of Clinical Nursing, 25* (1/2), 109-116. Doi : 10.1111/jocn.13003
- Bourbonnais, A. (2015). L'ethnographie pour la recherche infirmière, une méthode judicieuse pour mieux comprendre les comportements humains dans leur contexte. *Recherche en soins infirmiers* (120), 23-34.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Carter, M. R., & Tourangeau, A. E. (2012). Staying in nursing: what factors determine whether nurses intend to remain employed? *Journal of Advanced Nursing, 68* (7), 1589-1600. doi : 10.1111/j.1365-2648.2012.05973.x
- Chan, Z. C., Tam, W. S., Lung, M. K., Wong, W. Y., & Chau, C. W. (2013). A systematic literature review of nurse shortage and the intention to leave. *Journal of Nursing Management, 21* (4), 605-613. Doi : 10.1111/j.1365-2834.2012.01437.x
- Chen, C., Lin, C., Wang, S., & Hou, T. (2009). A study of job stress, stress coping strategies, and job satisfaction for nurses working in middle-level hospital operating rooms. *Journal of Nursing Research (Taiwan Nurses Association), 17* (3), 199-211. Doi : 10.1097/JNR.0b013e3181b2557b
- Clausen, C., Lavoie-Tremblay, M., Purden, M., Lamothe, L., Ezer, H., & McVey, L. (2017). Intentional partnering: a grounded theory study on developing effective partnerships among nurse and physician managers as they co-lead in an evolving healthcare system. *Journal of Advanced Nursing, 73* (9), 2156-2166. doi:10.1111/jan.13290
- Clayton, J., Isaacs, A. N., & Ellender, I. (2016). Perioperative nurses' experiences of communication in a multicultural operating theatre: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 54*, 7-15. Doi :10.1016/j.ijnurstu.2014.02.014
- Cochran, A., & Elder, W. B. (2015). Effects of disruptive surgeon behavior in the operating room. *The American Journal of Surgery, 209*(1), 65-70. doi: 10.1016/j.amjsurg.2014.09.017
- Coe, R., & Gould, D. (2008). Disagreement and aggression in the operating theatre. *Journal of Advanced Nursing, 61*(6), 609-618. Doi : 10.1111/j.1365-2648.2007.04544.x
- Constable, R., Cowell, M., Crawford, S. Z., Golden, D., Hartvigsen, J., Morgan, K., ... Palmquist, M. (2012). *Commentary on Ethnography, Observational Research, and Narrative Inquiry*. Repéré à https://writing.colostate.edu/guides/page.cfm?p_ageid=1357&guideid=63
- Côté, D., & Gratton, D. (2014). L'approche ethnographique. Illustration dans le contexte de la réadaptation en santé mentale. Dans M. Corbière & N. Larivière (dir.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans la recherche sociale, humaine et de la santé* (p. 51-71). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cowden, T., Cummings, G., & Profetto-McGrath, J. (2011). Leadership practices and staff nurses' intent to stay : a systematic review. *Journal of Nursing Management, 19*(4), 461-477. Doi : 10.1111/j.1365-2834.2011.01209.x
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design : Choosing among five approaches* (3e éd.). Los Angeles, CA : SAGE Publications
- Cruz, E. V., & Higginbottom, G. (2013). The use of focused ethnography in nursing research. *Nurse Researcher, 20*(4), 36-43.
- Duchaine, H. (2019, 4 juillet). Un homme craint de mourir à force d'attendre l'opération. *Journal de Montréal*. Repéré à <https://www.journaldemontreal.com/2019/07/04/un-homme-craint-de-mourir-a-force-dattendre-loperation>

- Eskola, S., Roos, M., McCormack, B., Slater, P., Hahtela, N. et Suominen, T. (2016). Workplace culture among operating room nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 725-734. doi :10.1111/jonm.12376
- Genest, S. (1990). Un, deux, trois... Bistouri. Technologie, symbolisme et rapports sociaux en salle d'opération. *Anthropologie et sociétés*, 14 (1), 9-24.
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Murray, P. (2010). Enhancing communication in surgery through team training interventions: a systematic literature review. *AORN Journal*, 92(6), 642-657. doi : 10.1016/j.aorn.2010.02.015
- Gillespie, B. M., Wallis, M., & Chaboyer, W. (2008). Operating theater culture: implications for nurse retention. *Western Journal of Nursing Research*, 30(2), 259-277.
- Gouvernement du Canada (2015). *Groupe consultatif interorganisme en éthique de la recherche. La recherche qualitative*. Repéré à <http://www.ger.ethique.gc.ca/fra/policy-politique/initiatives/tcps2-eptc2/chapter10-chapitre10/>
- Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., . . . North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review - An update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001
- Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross-sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2), 174-184. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019
- Higginbottom, G., Pillay, J. J., & Boadu, N. Y. (2013). Guidance on performing focused ethnographies with an emphasis on healthcare research. *The Qualitative Report*, 18(17), 1-16.
- Holloway, I., & Todres, S. (2003). The status of method: flexibility, consistency and coherence. *Qualitative Research*, 3(3), 345-357.
- Knoblauch, H. (2005). Focused ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3). Repéré à <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0503440>
- Laconcepcion, M., & Sookhoo, D. (2006). Job satisfaction among perioperative nurses: a phenomenological study. *Journal of Advanced Perioperative Care*, 2(3), 87-95.
- Laflamme, K., Leibing, A., & Lavoie-Tremblay, M. (2019). Operating room culture and interprofessional relations: impact on nurse's retention. *The Health Care Manager*, 38(4), 301-310.
- Laperrière, A. (2009). L'observation directe. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5e éd., p.311-336). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Lartey, S., Cummings, G., & Profetto-McGrath, J. (2014). Interventions that promote retention of experienced registered nurses in health care settings: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 22 (8), 1027-1041. doi : 10.1111/jonm.12105
- Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. (2016). Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 582-592. doi : 10.1111/jan.12860
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gelinias, C., Desforges, N., & Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16 (6), 724-733. doi : 10.1111/j.1365-2934.2007.00828.x
- Leibing, A., & McLean, A. (2007). « Learn to Value your Shadow! » An Introduction to the Margins of Fieldwork. Dans A. McLean & A. Leibing (dir.), *The Shadow Side of Fieldwork: Exploring the Blurred Borders Between Ethnography and Life* (p. 1-28). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Leininger, M. M. (1991). *Cultural care diversity and universality: A theory of nursing*. New York, NY: National League for Nursing Press.
- Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H., & Hasselhorn, H. M. (2011). Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession--Prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 628- 635. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.011
- Lingard, L., Espin, S., Rubin, B., Whyte, S., Colmenares, M., Baker, G. R., . . . Reznick, R. (2005). Getting teams to talk: development and pilot implementation of a checklist to promote interprofessional communication in the OR. *Quality & Safety in Health Care*, 340-346.
- Lingard L, Reznick R, Espin S, Regehr G, DeVito I. (2002). Team communications in the operating room: talk patterns, sites of tension, and implications for novices. *Academic Medicine*, 77(3), 232-237.
- Loiselle, C. G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique inc.
- Mack, N., Woodson, C., MacQueen, K. M., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative research methods: A data collector's field guide*. Research Triangle Park, NC: Family Health International.

- Mackintosh, C. (2007). Making patients better: a qualitative descriptive study of registered nurses' reasons for working in surgical areas. *Journal of Clinical Nursing, 16*(6), 1134-1140. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01595.x
- Madden, R. (2010). *Being ethnographic: A guide to the theory and practice of ethnography*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L., & Pronovost, P. J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons, 202*(5), 746-752. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017
- Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., . . . Thomas, E. J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery, 197*(5), 678-685. doi: 10.1016/j.amjsurg.2008.03.002
- Meeusen, V. C. H., Van Dam, K., Brown-Mahoney, C., Van Zundert, A. A. J., & Knape, H. T. A. (2011). Understanding nurse anesthetists' intention to leave their job: How burnout and job satisfaction mediate the impact of personality and workplace characteristics. *Health Care Management Review, 36* (2), 155-163. doi : 10.1097/HMR.0b013e3181fb0f41
- ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Répertoire des guides de planification immobilière - Unité du bloc opératoire, incluant le service de chirurgie d'un jour*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-610-05W.pdf>
- Mobley, W. H., Horner, S. O., & Hollingsworth, A. T. (1978). An evaluation of precursors of hospital employee turnover. *Journal of Applied Psychology, 63*(4), 408-414. Repéré à <http://doi.org/10.1037/0021-9010.63.4.408>
- Mollohan, J. K., & Morales, M. (2016). Strategies for successful perioperative orientation. *AORN Journal, 104*(2), 101-107. doi: 10.1016/j.aorn.2016.06.002
- Nei, D., Anderson Snyder, L., & Litwiller, B. J. (2015). Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health Care Management Review, 40*(3), 237-253. doi : 10.1097/HMR.0000000000000025
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X., & Hayes, L. J. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management, 18*(8), 1073-1086. doi : 10.1111/j.1365-2834.2010.01167.
- O'Toole, J., Galbraith J., & Lawler, E. (2002). When two (or more) heads are better than one: The promise and pitfalls of shared leadership. *California management review, 44*(4), 65-83.
- Peretz, H. (1998). *Les méthodes en sociologie : L'observation*. Paris, France : La Découverte.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Roper, J. M., & Shapira, J. (2000). *Ethnography in nursing research*. Thousands Oaks, CA: SAGE Publications.
- Rosenstein, A. H. (2002). Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *The American Journal of Nursing, 102*(6), 26-34.
- Sacks, G. D., Shannon, E. M., Dawes, A. J., Rollo, J. C., Nguyen, D. K., Russell, M. M., ... Maggard-Gibbons, M. A. (2015). Teamwork, communication and safety climate: a systematic review of interventions to improve surgical culture. *BMJ Quality & Safety, 24*(7), 458-467. doi: 10.1136/bmjqs-2014-003764
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (dir.), *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données* (5e éd., p.337-360). Québec, Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Spradley, J. P. (1980). *Participant observation*. New York, NY: Holt, Rinehart and Winston.
- Storen, I., & Hanssen, I. (2011). Why do nurses choose to work in the perioperative field? *AORN Journal, 94* (6), 578-589. doi : 10.1016/j.aorn.2011.04.026
- Sveinsdóttir, H., & Blöndal, K. (2014). Surgical nurses' intention to leave a workplace in Iceland: a questionnaire study. *Journal of Nursing Management, 22* (5), 543-552. doi : 10.1111/jonm.12013
- Tang, J. H. C., & Naugle, L. A. (2010). *Nurse Retention. Evidence-Base Practice Guideline*. Repéré à <http://www.iowanursingguidelines.com/product-p/299.htm>
- Tesch, R. (1990). *Qualitative research: analysis types and software tools*. New York, NY: Falmer Press.
- Tett, R. P., & Meyer, J. P. (1993). Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention, and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. *Personnel Psychology, 46*(2), 259-293. doi: 10.1111/j.1744-6570.1993.tb00874.x
- Thompson, J. A. (2007). Why work in perioperative nursing? Baby boomers and generation Xers tell all. *AORN journal, 86* (4), 564-587. doi : 10.1016/j.aorn.2007.03.010

- Tourangeau, A. E., & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (4), 497-509. doi : 10.1111/j.1365-2648.2006.03934.x
- Tourangeau, A. E., Cummings, G., Cranley, L. A., Ferron, E. M., & Harvey, S. (2010). Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 22-32. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05190.x
- Twigg, D., & McCullough, K. (2014). Nurse retention : A review of strategies to create and enhance positive practice environments in clinical settings. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 85-92 88p. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2013.05.015
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. (2e éd.). Repéré à <https://pum.umontreal.ca/catalogue/methodes-de-recherche-pour-leducation>
- Villafranca, A., Hamlin, C., Enns, S., & Jacobsohn, E. (2017). Disruptive behaviour in the perioperative setting: a contemporary review. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 64 (2), 128-140. doi : 10.1007/s12630-016-0784-x
- Vowels, A., Topp, R., & Berger, J. (2012). Understanding stress in the operating room: a step toward improving the work environment. *Kentucky Nurse*, 60(2), 5-7.
- Wagner, J., Bezuidenhout, M., & Roos, J. (2015). Communication satisfaction of professional nurses working in public hospitals. *Journal of Nursing Management*, 23(8), 974-982. doi:10.1111/jonm.12243
- Willemsen-McBride, T. (2010). Preceptorship planning is essential to perioperative nursing retention: matching teaching and learning styles. *Canadian Operating Room Nursing Journal*, 28(1), 8-16.
- Williams, R. G., Silverman, R., Schwind, C., Fortune, J. B., Sutyak, J., Horvath, K. D., ... Dunnington, G. L. (2007). Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Annals of Surgery*, 245(2), 159-169. doi : 10.1097/01.sla.0000242709.28760.56

Annexe A

Guide d'entrevue semi-structurée pour les infirmières

1. Questions générales sur le travail

- a. Je m'intéresse au quotidien des infirmières qui travaillent au bloc opératoire. Pourriez-vous me décrire une journée typique?
- b. Comment en êtes-vous venue à choisir de travailler au bloc opératoire?
- c. Quels sont les éléments de votre travail que vous aimez?
- d. Quels sont les éléments de votre travail que vous aimez moins?

2. Questions sur le contexte socioculturel du bloc opératoire

Pourriez-vous me décrire les conditions de travail au bloc opératoire? (Au besoin, donnez des exemples : horaire, environnement physique, ambiance, etc.).

- Parlez-moi de la charge de travail.
 - Avez-vous des suggestions pour améliorer les conditions de travail?
- a. Pouvez-vous me décrire comment sont les relations de travail avec vos collègues?
 - Entre les infirmières?
 - Entre les infirmières et le chirurgien?
 - Et avec les autres membres de l'équipe de soins?
 - b. Avez-vous des suggestions à faire pour améliorer les relations avec les collègues?
 - c. Parlez-moi de votre relation avec le patient (au besoin, donnez des exemples : temps passé avec lui ou lien créé avec lui)
 - Avez-vous des suggestions pour améliorer les relations avec les patients?

3. Questions sur la rétention au bloc opératoire

Après avoir parlé du contexte de travail et des diverses relations entre collègues, on va maintenant s'intéresser plus particulièrement à votre perception personnelle concernant la rétention infirmière au bloc opératoire.

- a. Qu'est-ce qui vous retient au bloc opératoire?
 - Quels sont les types de reconnaissance qui vous motiveraient à rester sur l'unité?
- b. Avez-vous des suggestions à faire pour améliorer la rétention des infirmières?
 - Si oui, lesquelles?
- c. Pouvez-vous me décrire selon vous quelles sont les actions que les gestionnaires peuvent faire pour améliorer la rétention? (Si elles m'ont parlé des gestionnaires avant : vous m'avez dit que les gestionnaires pourraient faire cela : est-ce qu'il y a d'autres actions qu'ils peuvent faire?)

4. Question sur l'intention de quitter le bloc opératoire

Nous avons parlé de ce qui vous retient au bloc opératoire et de la rétention infirmière en général. Maintenant, j'aimerais discuter avec vous de l'intention de quitter le bloc opératoire, qui est un des meilleurs prédicteurs de ceux qui vont partir réellement. L'intention de quitter est le plan que possède un employé de quitter son emploi actuel et de se trouver un autre travail dans un futur rapproché (moins de 6 mois).

- a. Quelles sont les raisons qui incitent des infirmières à quitter votre unité?
 - Est-ce que ces raisons sont particulières au bloc opératoire ou se retrouvent ailleurs sur d'autres unités?
 - Pouvez-vous me décrire si elles avaient des symptômes physiques ou psychologiques (en lien avec la réponse au travail)?
- b. Qu'est-ce que l'organisation aurait pu faire de plus pour retenir les infirmières qui ont quitté leur poste? (Au besoin, donner des exemples : offrir des occasions de formation ou de développement professionnel, offrir plus d'écoute ou de communication.)
- c. Avez-vous déjà pensé à quitter le bloc opératoire? Si oui, pourquoi?

5. Conclusion

- a. Est-ce qu'il y a autre chose que vous voudriez m'apprendre sur la rétention ou l'intention de quitter qui vous semble important et qui n'a pas été abordé?

Merci de votre participation!

Annexe B

Guide pour l'observation des infirmières et du milieu

Inspiré des suggestions de Laperrière (2009), Mack et al. (2005) et Spradley (1980)

Environnement physique : lieux, objets-machines, organisation des objets dans la salle, utilisation des instruments et machines. (*Quoi, date, heure, description*)

Comportements : observations des interactions, fonctionnement, conversations, commentaires, attitudes, non-dit, atmosphère, gestes. (*Décrire les acteurs, qui, date, heure, description*)

Évènements-actions : type de chirurgie, brossage, drapage, installation des tables, installation du patient. (*Qui, date, heure, description*)

Émotions : joie, colère, dégoût, peur, tristesse. (*Qui, pourquoi, date, heure, description*)

Apparence : linge, âge, genre, apparence physique.

Comportements verbaux et interactions : qui parle à qui, pendant combien de temps, qui entreprend les interactions, langage parlé, ton de voix.

Comportements physiques et gestes : que font les gens, interagissent avec qui ou pas.

Espace personnel : comment les gens sont-ils proches les uns des autres?

Trafic humain : qui rentre, qui sort, qui reste dans la salle?

Gens qui se démarquent : identifier les gens qui reçoivent beaucoup d'attention