

Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 32, Issue 4 • Fall 2022
eISSN: 2368-8076



Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

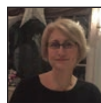
Facteurs facilitant ou contraignant l'utilisation, par les infirmières en pratique clinique d'oncologie, du système de mesure de la charge de travail GRASP pour offrir des soins axés sur les patients

par Eleonora Cretu, Anita Long, Kalliopi (Kalli) Stilos

RÉSUMÉ

Les administrateurs de centres hospitaliers ont besoin d'obtenir des mesures valides et fiables de la charge de travail pour calculer le nombre d'heures de soins requises pour chaque patient. C'est ce que permet de faire le système de mesure de la charge de travail GRASP. Au Centre des sciences de la santé Sunnybrook, la fréquence et la précision avec laquelle les infirmières remplissent le formulaire GRASP fluctuent et ratent souvent l'objectif établi de 90 %. Cette cible aide l'organisation à estimer la charge de travail habituelle des infirmières et les besoins des patients tout en assurant une prestation de soins qui sont sécuritaires, adaptés et financièrement responsables. L'initiative d'amélioration de la qualité rapportée dans le présent article avait pour but de cerner les facteurs qui favorisent ou compromettent l'utilisation du système GRASP par les infirmières. Le projet d'amélioration de la qualité (AQ) a été réalisé selon une approche à méthodes mixtes auprès d'un échantillon de 28 infirmières travaillant dans des unités de soins aigus et de soins palliatifs en oncologie. Le Cadre des domaines théoriques (CDT), souvent utilisé dans les études de changement de comportement, a servi à concevoir l'enquête par questionnaire et les questions d'entrevue portant sur les facteurs pertinents et mesurables susceptibles de motiver les infirmières à remplir le formulaire GRASP. Certains éléments favorisaient l'utilisation du système GRASP par les infirmières, notamment leur connaissance de son rôle dans les estimations de financement et les niveaux de dotation, leur sentiment de responsabilité professionnelle devant la charge de travail à accomplir et leur perception du GRASP comme possible outil d'organisation du travail des infirmières pendant un quart de travail chargé.

AUTEURES



Eleonora Cretu, inf. aut., M.Sc.inf., Oncologie chirurgicale, Centre des sciences de la santé Sunnybrook



Anita Long, inf. aut., M.Sc.inf./éducation, CSIO(C), Consultante en charge de travail, Centre des sciences de la santé Sunnybrook



Kalliopi (Kalli) Stilos, inf. aut., M.Sc.inf., ACSP(C), infirmière clinicienne spécialisée, Soins palliatifs, Centre des sciences de la santé Sunnybrook

Auteure-ressource : Eleonora Cretu, Centre des sciences de la santé Sunnybrook, 2075, Bayview Avenue, Toronto (Ontario) M4N 3M5. Courriel : eleonora.cretu@sunnybrook.ca

DOI:10.5737/23688076324474

Les obstacles nommés par les infirmières comprenaient entre autres le manque de connaissances du système GRASP, l'accès limité aux ordinateurs et postes de travail, le fait que les éléments du système ne rendent pas compte de la complexité du travail infirmier, les contraintes de temps, les soins de plus en plus aigus et complexes. En plus du CDT, la théorie du processus de normalisation (TPN) a aussi guidé l'évaluation et la mise en œuvre des recommandations visant à accroître la conformité aux directives d'utilisation du système GRASP.

Mots-clés : infirmières, GRASP, mesure de la charge de travail des infirmières, pratique infirmière, modèle de financement

CONTEXTE

La charge de travail du personnel infirmier est un sujet qui suscite la controverse chez les infirmières, les spécialistes de l'évaluation de la charge de travail, les gestionnaires d'organisations, les décideurs, les syndicats et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) (Hadley et al., 2005; Hoang, 2014). Par conséquent, l'Ontario a mis au point le Système de mesure de la charge de travail GRASP, qui est maintenant utilisé dans environ 70 % des hôpitaux de la province (Hadley et al., 2005; Qureshi et al., 2019). Il s'agit en fait d'un logiciel qui mesure chaque tâche infirmière quantifiée en durée normalisée et recueille des données à des fins d'analyse (Centre des sciences de la santé Sunnybrook [SHSC], 2015). Le système GRASP mesure les composantes de la charge de travail de manière quantitative, notamment le temps que les infirmières consacrent aux activités directement et indirectement liées aux patients et au perfectionnement professionnel en milieu de travail, ainsi qu'aux activités opérationnelles en lien avec les soins infirmiers (Alghamdi, 2016). L'évaluation des données GRASP permet au milieu hospitalier d'ajuster la charge de travail et les effectifs afin de préserver la sécurité des patients, le taux d'occupation des lits dans l'hôpital et la rentabilité des soins. Elle permet également de réaliser des prédictions et de déterminer les ressources financières requises pour trouver et pérenniser de nouvelles façons d'organiser la prestation des soins infirmiers ainsi que d'améliorer les soins axés sur les patients et l'issue des soins (Alghamdi, 2016; Finch et al., 2013).

Modèles de financement

Au cours des dix dernières années, le MSSLD de l'Ontario (Canada) est passé d'un système de financement global à un modèle ciblé. Le financement axé sur les patients,

autrefois connu sous le nom de Réforme du financement du système de santé (RFSS) vise à répartir les budgets de manière à soutenir les soins dont les patients ont besoin dans les établissements de soins aigus (Association des hôpitaux de l'Ontario [OHA], 2021; ministère de la Santé et des Soins de longue durée [MSSLD], 2018). Une petite partie du financement global continuera d'être allouée aux organisations pour couvrir les coûts de fonctionnement. Le modèle ciblé englobe les dépenses de soins en fonction du nombre de patients pris en charge par l'hôpital et de leurs besoins particuliers. Ce modèle favorise les soins axés sur les patients et respecte les principes de qualité des soins et d'utilisation efficace des ressources financières, soutenant ainsi la viabilité du système de santé (MSSLD, 2018).

L'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) et le MSSLD ont collaboré afin de mieux prédire les proportions de financement qui seront nécessaires et d'aider les hôpitaux à prévoir leurs besoins financiers. Ensemble, ils évaluent également le modèle de financement axé sur les patients actuellement utilisé dans les hôpitaux (OHA, 2021; MSSLD, 2018). Ce modèle comporte deux composantes : un financement organisationnel et un financement des procédures en fonction de la qualité. Pour attribuer le financement organisationnel, on s'appuie sur différents outils et systèmes de mesure de la charge de travail afin d'anticiper les dépenses. Le financement en fonction de la qualité est alloué à certaines procédures sur la base de données probantes (MSSLD, 2018). Ces deux composantes du modèle de financement sont ainsi conçues dans un objectif précis : favoriser la prestation de soins axés sur les patients qui seront prodigués avec le meilleur rendement qui soit. Les systèmes de mesure de la charge de travail sont indispensables pour bien appliquer le modèle de financement axé sur les patients et pour garantir aux patients d'excellents soins répondant à leurs besoins (OHA, 2021).

Répercussions de la charge de travail sur les soins axés sur les patients

La lourdeur de la charge de travail du personnel infirmier des hôpitaux a un effet direct sur la qualité des soins. Du point de vue des infirmières, les soins axés sur les patients expriment une philosophie, un processus, un modèle, un concept et une relation avec les patients permettant d'atteindre certains objectifs en matière de soins (Carayon et Gurses, 2008; Flagg, 2015). Les soins axés sur les patients reposent sur un concept multidimensionnel qui considère le patient comme une personne à part entière. Il s'agit d'une approche qui prend en compte les besoins individuels, les valeurs et les préférences de la personne, et préconise une communication efficace, l'amélioration de la relation patient-soignant et la gestion des soins (Aboumatar et al., 2015). Notre établissement et les autres hôpitaux ont reconnu les soins axés sur la personne comme une compétence et un objectif d'amélioration de la qualité des soins. En outre, les soins axés sur la personne sont considérés comme un droit des patients; ils mènent à de meilleurs résultats cliniques, à une plus grande satisfaction à l'égard des soins reçus et à une réduction du coût des soins (Aboumatar et al., 2015). Cependant, divers facteurs comme la surcharge de travail du personnel, la pénurie de

main-d'œuvre, les difficultés de communication et le manque de compréhension, par la haute direction, du concept de soins axés sur la personne peuvent nuire à la qualité des soins (Flagg, 2015).

Qui plus est, l'augmentation de la charge de travail et des ratios patient-infirmière engendre des conséquences négatives pour les patients et nuisent à la qualité des soins à différents niveaux (patient, personnel infirmier et organisation) en plus d'entraver la prestation de soins axés sur les patients (Fagerstrom et al., 2018; Lang et al., 2004; Needleman, 2016). La majeure partie des travaux dans ce domaine relèvent des effets négatifs sur les patients : échec des secours, hausse de la mortalité des patients hospitalisés, augmentation des infections, plaies de pression, chutes, erreurs d'administration des médicaments et hospitalisation prolongée. La charge de travail excessive est une question complexe ayant pour effet d'augmenter le stress, l'épuisement professionnel et l'absentéisme chez le personnel infirmier, sans compter qu'elle mine la motivation et la satisfaction professionnelle des infirmières, entraîne des erreurs de documentation et la prise de mauvaises décisions, compromet la qualité des soins à cause de la difficulté à suivre les politiques et lignes directrices, et accroît le nombre de blessures en milieu de travail. Les administrateurs d'hôpitaux doivent donc, de leur côté, évaluer la distribution du financement et choisir les meilleurs modèles de soins pour répondre aux besoins des patients et atteindre l'excellence en matière de soins axés sur les patients (Carayon et Gurses, 2008; Fagerström et al., 2018; Fanneran et al., 2015; Lang et al., 2004; Needleman, 2016).

Charge de travail du personnel infirmier et Système de mesure de la charge de travail GRASP

Les infirmières forment le plus grand groupe de professionnels réglementés du système de santé et représentent les plus importants coûts de main-d'œuvre pour les hôpitaux. C'est pourquoi les administrateurs souhaitent obtenir une estimation précise de leur travail afin d'évaluer et de justifier leurs besoins opérationnels, d'évaluer la compétence collective des infirmières et de déterminer la gravité des cas (Needleman, 2016; Registered Nurses Association of Ontario/Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2017). En Ontario, l'obligation de rendre des comptes sur la charge de travail du personnel infirmier est intégrée au système et fait l'objet d'un rapport interne à la direction de l'hôpital et d'un rapport externe au MSSLD. Cela permet d'analyser les coûts par cas et de prendre des décisions fondées sur des données probantes afin d'assurer une prestation de soins axés sur les patients (Hoang, 2014). L'utilisation du système GRASP pour mesurer la charge de travail et enrichir les connaissances acquises grâce à la pratique a pour but de faire évoluer les pratiques infirmières et administratives en plus de rehausser la qualité des soins et l'efficacité de l'organisation (Finch et al., 2013). De plus, le système informatique GRASP soutient l'efficacité décisionnelle en facilitant l'accès aux données cliniques, financières et statistiques automatisées, ce qui procure des avantages cliniques et financiers pour les patients, les professionnels de la santé et les milieux hospitaliers (Hadley et al., 2005; Hoang, 2014).

Conformité au système GRASP au Centre des sciences de la santé Sunnybrook

Le Centre des sciences de la santé Sunnybrook (SHSC) est un centre scientifique universitaire situé à Toronto, en Ontario (Canada). Les infirmières qui y travaillent sont tenues de remplir un formulaire d'évaluation de la charge de travail (GRASP) pour chaque quart de travail afin de rapporter les soins prodigués à chaque patient (SHSC, 2015). Au SHSC le respect de la politique GRASP et des cibles d'exactitude atteignent minimalement 90 % (SHSC, 2015). En 2019, un projet d'amélioration de la qualité a été lancé au SHSC afin d'évaluer la fréquence et la précision avec laquelle le personnel utilise le système GRASP. Au total, quinze quarts de travail (de jour et de nuit) ont été passés en revue en recoupant les données du GRASP et du « suivi inter évaluateur » (plus communément appelé *Inter Rating Monitoring [IRM]*), dont le processus implique l'examen, par un évaluateur indépendant, de la documentation fournie par le personnel infirmier au sujet des soins prodigués. L'évaluateur saisit ensuite la documentation au dossier du patient ainsi que les données se rapportant à la charge de travail dans le système GRASP, dans une section autre que celle déjà remplie par l'infirmière. Puis le « système IRM » compare les données de l'infirmière à celles de l'évaluateur pour un même patient, ce qui permet d'évaluer la représentativité de la charge de travail rapportée par l'infirmière et de savoir si certains problèmes relatifs à la charge de travail n'ont pas été signalés.

Dans les unités de soins aigus en oncologie, l'évaluation révèle que les infirmières remplissent le formulaire GRASP 66,6 % du temps; le niveau d'exactitude des renseignements fournis dans l'outil GRASP et le suivi inter évaluateur (IRM) stagne quant à lui entre 60 et 70 %. En ce qui a trait aux soins infirmiers de fin de vie dans les unités de soins aigus en oncologie, le GRASP était rempli de 27 à 29 % du temps, comparativement à 53,13 % pour l'hôpital dans son ensemble (Stilos et al., 2020). Voyant que les résultats étaient bien en deçà des cibles, Stilos et collaborateurs (2020) ont conclu qu'il fallait mieux comprendre les facteurs facilitant ou entravant l'utilisation de l'outil GRASP par les infirmières.

Objectif du projet

Le faible taux de fréquence et de précision d'utilisation du système GRASP (Stilos et al., 2020) a conduit à l'élaboration d'un projet d'amélioration de la qualité (AQ) pour comprendre les facteurs qui influencent la conformité au système GRASP. L'objectif premier du projet était d'assurer la prestation de soins axés sur les patients.

MÉTHODOLOGIE

Devis

Le projet d'AQ emploie un devis à méthodes mixtes pour étudier les facteurs facilitants ainsi que les obstacles liés à l'utilisation de l'outil de mesure GRASP par le personnel clinique infirmier en soins oncologiques aigus et palliatifs. Les infirmières étaient invitées à répondre à un sondage et à participer à une entrevue.

Participants et contexte

Le projet ciblait les infirmières autorisées et les auxiliaires autorisées travaillant dans les unités de soins palliatifs et de soins aigus en oncologie. Les infirmières avaient toutes reçu une formation GRASP dans le cadre de leur orientation professionnelle, ce qui les rendait admissibles à participer à l'initiative d'AQ. Elles ont été invitées verbalement et par courriel à prendre part à une activité en cours d'emploi qui a eu lieu en décembre 2020. La discussion, animée par l'auteure principale (E.C.), portait sur les avantages internes et externes de l'outil GRASP, la charge de travail des infirmières du SHSC et les conclusions de la phase I du projet d'AQ (Stilos, Lang et Cretu, 2020). À cette occasion, on a également invité les personnes présentes à participer à la collecte de données pour la phase II du projet d'AQ. En répondant au questionnaire et en participant à l'entrevue de la phase II, les participants accordaient implicitement leur consentement volontaire et éclairé. La taille de l'échantillon nécessaire pour l'initiative d'AQ a été calculée selon les recommandations d'Etchells et collaborateurs (2016) à partir du rendement observé et souhaité du système GRASP qui ressort des données de la première phase (Stilos et al., 2020). Ces critères ont permis d'établir la taille minimale de l'échantillon à 15 personnes.

Considérations éthiques

Le Conseil d'éthique de la recherche du SHSC a accepté le projet d'étude comme une initiative d'AQ; ainsi, la signature des formulaires de consentement n'était pas nécessaire. Les noms des participants ont toutefois été remplacés par des codes (ex. 1, 2) dans les fichiers de questionnaire et d'entrevue, et seules les données agrégées ont été rapportées. Aucune prime ni compensation n'a été offerte.

Collecte et analyse des données

Le CDT (Cadre des domaines théoriques) a permis de cerner les possibles caractéristiques cognitives, affectives, sociales et environnementales susceptibles d'influencer le personnel infirmier du SHSC qui utilisent le système GRASP dans le cadre de ses fonctions. Les composantes du CDT sont notamment : les connaissances et les compétences; le rôle professionnel, les croyances et le savoir-faire; l'optimisme et le point de vue sur les conséquences et les résultats; le processus décisionnel, la mémoire, le renforcement et les intentions; les règles comportementales, les émotions, les influences sociales, ainsi que le contexte environnemental et les ressources (Atkins et al., 2017). Ces composantes du CDT ont été intégrées à la collecte de données quantitatives et qualitatives ainsi qu'aux approches d'analyse utilisées dans le cadre du projet.

Les outils utilisés pour la collecte de données, qui reprenaient les composantes du CDT, ont été expressément conçus pour la phase II du projet d'AQ. Le sondage comprenait 21 questions et le guide d'entrevue, 10. Les données quantitatives ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme, et les données qualitatives lors d'entrevues semi-structurées réalisées au téléphone, en personne ou en groupe de discussion. Les infirmières répondaient d'abord au questionnaire, puis prenaient part à des entretiens planifiés en fonction de leur disponibilité.

Dans le questionnaire, des questions types ont été utilisées pour recueillir les données démographiques (ex. âge, sexe, poste dans l'unité), les caractéristiques professionnelles (ex. niveau de scolarité, statut d'emploi, années d'expérience en tant qu'infirmière autorisée) ainsi que l'information sur l'expérience du système GRASP (ex. formation sur le système GRASP, expérience d'utilisation du système, fréquence de saisie de données dans le système, temps requis pour la saisie des données, fréquence à laquelle l'infirmière doit rester après le travail pour remplir les formulaires GRASP). Les données quantitatives ont été analysées par l'auteure (E.C.) à l'aide de statistiques descriptives dont les calculs ont été réalisés au moyen de la version 21.0 du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Les membres de l'équipe ont ensuite procédé à une vérification des données, et en ont tiré les mêmes conclusions.

Les entrevues duraient entre 30 et 60 minutes. Le format semi-structuré permettait aux participants d'exprimer librement leur point de vue sur les facteurs influençant leur utilisation ou non-utilisation du système GRASP. Trois infirmières ont pris part aux entretiens téléphoniques, une à l'entrevue en personne et cinq au groupe de discussion. Les entretiens ont été enregistrés et transcrits textuellement par E.C. après obtention de l'accord verbal de chaque personne. Les comptes rendus d'entrevue décrivant les expériences et points de vue des infirmières à l'égard du système GRASP ont été soumis à une analyse de contenu inductive (Kyngäs, Mikkonen et Kääriäinen, 2020), faisant ainsi ressortir les thèmes émergents. Les trois auteures (E.C., A.L., K.S.) ont, chacune de leur côté, écouté les enregistrements, lu les transcriptions, organisé et regroupé les catégories, concepts et thèmes. Après ce travail analytique indépendant, les trois chercheuses ont présenté leurs points de vue et discuté de leurs divergences d'opinions avant de parvenir à un consensus.

RÉSULTATS

Caractéristiques démographiques et professionnelles

De l'échantillon, 28 infirmières ont répondu au questionnaire et 9 d'entre elles ont participé aux entrevues. Parmi ces 28 infirmières, 18 provenaient d'unités de soins aigus en oncologie et 10 d'unités de soins palliatifs. Des 9 infirmières ayant

participé aux entrevues, 8 travaillaient dans des unités de soins aigus en oncologie et une seule en soins palliatifs. La plupart des personnes sondées étaient des femmes ($n = 23$, 82 %) et la majorité (54 %) étaient âgées de 20 à 30 ans. Un peu plus de la moitié ($n = 15$, 54 %) avaient un diplôme de premier cycle et 72 % du groupe ($n = 20$) travaillaient à temps plein. Les infirmières comptaient entre 1 et 10 ans d'expérience. Les différentes caractéristiques sont présentées dans le tableau A1.

Caractéristiques en lien avec le système GRASP

La plupart des infirmières ($n = 27$, 96 %) avaient suivi une formation sur le système GRASP pendant leur orientation. Parmi elles, 61 % ($n = 17$) ont dit saisir les données sur la charge de travail une seule fois pendant leur quart de travail. Près de la moitié d'entre elles ($n = 13$, 46 %) estimaient que la saisie des données leur prenait entre 5 et 10 minutes; ce temps se situait plutôt entre 10 et 20 minutes pour le tiers du groupe ($n = 9$, 32 %). De plus, 40 % ($n = 11$) ont dit rester « souvent après le quart de travail » pour terminer la saisie des données sur la charge de travail, et 18 % ($n = 5$) ont déclaré l'avoir fait « à plusieurs reprises ».

Sondage par questionnaire élaboré selon le Cadre des domaines théoriques

Les conclusions descriptives tirées à partir des variables de l'étude basée sur le CDT sont présentées dans l'annexe A, le tableau A2 et la figure A1. Les participants ont obtenu des scores très différents et présentent un éventail de caractéristiques décrites dans le CDT.

Connaissances et aptitudes. Les connaissances et aptitudes relatives au GRASP et à l'IRM rapportées par les infirmières sont variables. En effet, moins de la moitié d'entre elles (44 %) en possédaient une connaissance moyenne, alors que le tiers seulement (30 %) considérait en avoir une bonne maîtrise. Par ailleurs, 43 % des infirmières se disaient « très à l'aise » de remplir le formulaire GRASP et l'IRM, alors que 41 % ne savaient pas vraiment que le GRASP et la documentation sont deux choses indépendantes. Le degré de connaissances variait quant au fait que l'administration de l'hôpital et le MSSLD se servaient du GRASP comme outil pour estimer le travail : 32 % ne le savaient pas, alors que 36 % étaient « très au courant ».

Tableau A1

Caractéristiques démographiques

Infirmières (N = 28)			Questionnaire		Entrevues		
Unité							
Oncologie médicale et radio-oncologie			6		6		
Oncologie chirurgicale			8		2		
Hémopathies malignes complexes			4				
Soins palliatifs			10		1		
Âge des participants	Sexe	(n/%)	Niveau de scolarité %		Statut d'emploi %		Années d'expérience en tant qu'infirmière
Moyenne (écart)	Femmes	23 (82 %)	Collège	5 (18 %)	Temps plein	20 (72 %)	Moyenne (écart)
30 (20–60) ans	Hommes	5 (18 %)	Premier cycle universitaire	15 (54 %)	Temps partiel	4 (14 %)	3 (<1–>10) ans
			Cycles supérieurs	7 (25 %)	Occasionnel	2 (7 %)	
			Non précisé	1 (3 %)	Non précisé	2 (7 %)	

Tableau A2

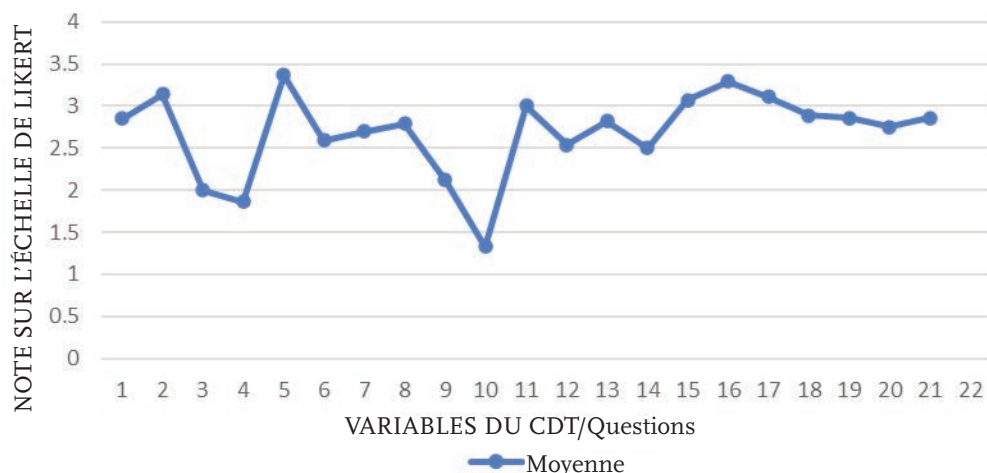
Moyennes et écarts-types des variables du Cadre des domaines théoriques utilisées pour l'enquête par questionnaire

Questions – Cadre des domaines théoriques (score de 0 à 4 sur l'échelle de Likert)		Moyenne	ÉT
1	Connaissances du système GRASP et du suivi inter évaluateur (IRM)	2,85	1,09
2	GRASP and IRM completion skills	3,14	1,00
3	Compréhension des enjeux liés à la politique GRASP adoptée à Sunnybrook	2,00	1,38
4	Rétroaction sur le rendement d'utilisation du GRASP et de l'IRM	1,86	1,43
5	Sensibilisation au fait que le GRASP et la documentation des dossiers sont des tâches distinctes	3,37	0,92
6	Fiabilité perçue de l'outil GRASP pour mesurer le travail infirmier	2,59	1,18
7	L'utilisation précise de l'outil GRASP est vue comme essentielle et utile dans le système de soins de santé à petite, moyenne et grande échelle	2,70	1,2
8	Connaissance de l'utilité de l'outil GRASP pour estimer le financement	2,79	1,25
9	Attention et considération portées au formulaire GRASP pendant un quart de travail chargé	2,12	1,24
10	Besoin de rappels pour remplir le formulaire GRASP	1,33	1,33
11	L'utilisation du système GRASP est une habitude bien ancrée	3,00	0,94
12	Influence des pairs et de la direction pour remplir le GRASP tous les jours	2,54	1,10
13	Soutien continu pour clarifier les questions relatives au GRASP	2,82	1,02
14	Disponibilité de l'équipement (postes de travail/ordinateurs)	2,50	1,23
15	Surcharge cognitive, fatigue et stress au travail nuisant à l'utilisation du formulaire GRASP	3,07	1,05
16	Ajout de la catégorie « temps nécessaire pour remplir le formulaire » dans le système	3,29	0,85
17	Un rendement élevé dans l'utilisation du système GRASP et de l'IRM établit une culture d'autonomisation et rend le travail des infirmières plus visible	3,11	0,83
18	High performance in GRASP & IRM completion sets out a culture of empowerment and makes nursing work more visible	2,89	1,22
19	Pratique réflexive sur le respect de la pratique GRASP	2,86	1,00
20	Avantages de la présence d'un responsable GRASP	2,75	0,29
21	Motivation à remplir le formulaire GRASP si cela fait augmenter le salaire	2,86	1,32

Note. ÉT= Écart-type; Échelle de Likert : 0-Pas du tout d'accord, 1-Plutôt pas d'accord, 2-Ni d'accord, ni pas d'accord, 3-Plutôt d'accord, 4-Tout à fait d'accord

Figure A1

Questionnaire sur les variations moyennes des variables du CDT



Note. Cette figure illustre graphiquement des valeurs moyennes des variables de l'enquête par questionnaire sur le CDT.

Croyances et optimisme. Parmi les infirmières interrogées, 64 % avaient une opinion positive du GRASP et pensaient que son utilisation favorisait une culture d'autonomisation et rendait leur travail plus visible. Environ 60 % d'entre elles se montraient optimistes quant à l'utilisation de l'outil et considéraient le GRASP comme une façon fiable de mesurer la charge de travail. Pour un plus grand pourcentage encore (70 %), la fréquence et la précision de l'utilisation du système GRASP influençaient la prestation des soins à petite (pratique), moyenne (affectation du personnel et dépenses) et grande échelle (état de santé des patients). Toutefois, malgré les croyances et l'optimisme à l'égard du système de mesure GRASP, 36 % des personnes interrogées trouvaient difficile de respecter la politique.

Renforcement et objectifs. Parmi les personnes sondées, 43 % ont dit qu'elles seraient plus motivées à remplir le formulaire GRASP si leur salaire dépendait de leurs résultats. En outre, 82 % ont dit qu'il faudrait pouvoir indiquer le « temps nécessaire pour remplir le formulaire » dans l'outil même.

Mémoire, attention et processus décisionnel. Lors d'un quart de travail chargé, 27 à 31 % des participants portent peu d'attention et de considération au GRASP, alors que seulement 20 % lui accordent une attention considérable. De même, selon 33 % des participants, il n'est pas nécessaire de recevoir des rappels pour remplir le GRASP.

Contexte environnemental. Le tiers des infirmières interrogées ont dit bénéficier d'un soutien appréciable (29 %) ou moyen (38 %) lorsqu'elles ont des questions ou rencontrent des difficultés techniques ou relatives au contenu du système GRASP; cependant, pour plus du tiers, l'aide disponible est insuffisante. De plus, 46 % rapportent un manque d'ordinateurs et de postes de travail pour remplir le formulaire en temps voulu, et 28 % ont déploré un accès limité aux ordinateurs. En outre, plus de 50 % des infirmières ont mentionné qu'une boîte à suggestions (électronique ou physique) pourrait être une belle façon de soumettre idées et commentaires afin d'améliorer les pratiques entourant le système GRASP.

Influences sociales. Près du tiers (29 %) des personnes interrogées ont dit n'avoir reçu aucun commentaire sur leur utilisation du GRASP et de l'IRM; 11 % seulement estimaient avoir reçu des critiques fréquentes à ce sujet. Plus de 60 % des participants ont indiqué que leurs collègues, la direction des services infirmiers de l'unité et la personne en charge du GRASP influencent leur motivation et leur attitude vis-à-vis l'outil.

Émotions. La majorité (75 %) des participants ont fait état d'une surcharge cognitive, de fatigue et de stress au travail, ce qui a nui à leur application du système GRASP.

Régulation comportementale. Parmi les personnes sondées, 68 % ont dit avoir réfléchi à la question du formulaire GRASP dans le but de changer leur comportement et leur attitude par rapport à la pratique. La majorité d'entre elles (80 %) considéraient qu'il fallait faire de l'utilisation du GRASP une habitude bien ancrée.

Données qualitatives

L'analyse des données qualitatives a révélé ce que sont, de l'avis des infirmières, les principaux facteurs contribuant ou nuisant au remplissage du formulaire (voir tableau 2). Les obstacles découlent des limites technologiques de l'outil GRASP et comprennent : a) les lacunes dans les éléments de l'outil l'empêchant de rendre compte de toute la complexité du travail des infirmières; b) l'impossibilité, pour l'outil, de recueillir des renseignements sur la fréquence, le moment et le détail des tâches infirmières; c) le manque de correspondance entre les compétences infirmières visées par l'outil et les compétences collectives de l'unité de soins; d) l'absence d'éléments portant sur la responsabilité professionnelle du chef de l'équipe de soins infirmiers; e) l'absence d'éléments portant sur l'utilisation du formulaire; f) l'absence d'une rubrique permettant de résoudre les problèmes rencontrés lors de l'utilisation du système GRASP; g) le manque de temps alloué par l'outil aux activités de soins quotidiens des patients, au soutien émotionnel, à la communication avec la famille et au processus de communication interprofessionnelle. Par ailleurs, les participants ont fait part des problèmes suivants : a) manque d'accès au poste de travail des infirmières et aux ordinateurs; b) manque de formation, de soutien, de rétroaction et de suivi en ce qui concerne le GRASP et l'IRM; c) manque de suivi pour informer les infirmières des plans et mesures prévus ou mis en place après l'évaluation des données obtenues grâce au système GRASP; d) contraintes de temps lorsque la charge de travail est lourde; e) gravité des cas et affectations complexes; f) absence d'applications technologiques pour rappeler de remplir les formulaires GRASP; g) l'utilisation du formulaire GRASP n'est pas considérée comme une responsabilité professionnelle légale; et h) l'utilisation du formulaire GRASP est perçue comme un fardeau lorsque la charge de travail est élevée. La réflexion suivante fait ressortir certains des principaux obstacles :

« ... les gens ne saisissent pas l'importance du GRASP. Ils ne comprennent pas où vont les informations consignées, qui les consultent, la raison d'être du système ou l'avantage pour eux. Ils ne savent pas si quelqu'un analyse les informations, qui s'y intéresse exactement, et si c'est le cas, que ces informations servent à établir le financement ou à ajuster la charge de travail. Plusieurs ne comprennent pas où va l'information, à qui elle s'adresse... ils se disent que ce n'est pas prioritaire puisque personne ne va la consulter de toute façon; ils se demandent pourquoi ils font ça et se disent que ce n'est qu'une perte de temps, ils ne comprennent pas pourquoi. »

Voici maintenant certains des facteurs qui motivent les infirmières : a) le sens des responsabilités professionnelles; b) la connaissance des estimations de financement et des caractéristiques déterminant les niveaux de dotation; c) le fait de voir le système GRASP comme un guide pour la pratique infirmière et la prestation de soins; d) la conviction que le GRASP rend compte de ce que font les infirmières au cours d'un quart de travail, ainsi que de l'approche holistique des soins axés sur le patient; e) les avantages d'avoir des responsables du système qui consolident les connaissances et aptitudes à propos du GRASP et de l'IRM, tout en émettant des rappels et en apportant un soutien continu.

Tableau 2

Points de vue et expériences des infirmières concernant le système GRASP

Domaines théoriques	Facteurs facilitants	Obstacles
	Citation	Citation
Connaissances du GRASP et de l'IRM	« s'il y a trop ou pas suffisamment d'employés... pour savoir s'ils ont besoin de plus de personnel, pour respecter le budget aussi, je pense... »	« Qu'est-ce que l'IRM? Je pense qu'il faut redire au personnel que les heures de travail additionnées dans le GRASP doivent refléter le quart de travail... l'importance de documenter et de rapporter précisément les tâches et le temps requis, je ne sais pas comment le faire comprendre aux gens... »
Compétences en lien avec le GRASP	« J'essaie de le faire une fois à la moitié de mon quart et une autre fois à la fin, mais si je n'ai pas le temps, j'essaie de le faire à la fin. »	« ... pour les nouveaux employés, quand je consulte l'outil GRASP, je vois qu'ils ont été très occupés, et quand j'additionne leurs heures, j'obtiens seulement 4-5 heures, alors je leur dis toujours que le GRASP doit refléter leur charge de travail. Je crois que le nouveau personnel doit se faire expliquer que le GRASP doit rendre compte de leur charge de travail, pour qu'ils le remplissent comme il faut. »
Rôle professionnel	« Que nous sommes responsables, c'est notre travail et on doit le faire. »	« Ce n'est pas de la paperasse légale, alors nous n'avons pas à faire des heures supplémentaires pour la remplir. »
Croyances quant aux capacités du système	« Je trouve que, si je le fais correctement, la valeur équivaut au temps de mon quart de travail. Si j'additionne le temps consacré à chacun de mes patients, cela correspond à mon quart de 7,5 heures. »	« En fait, si je suis vraiment occupée, ce n'est pas une priorité pour moi de le faire au début. Les soins aux patients et les autres situations qui se présentent sont plus importants pour moi que le GRASP. »
Optimisme		« Les gens disent souvent que peu importe ce qu'ils indiquent dans le formulaire, le nombre d'employés ne change pas. »
Croyances à propos des conséquences	« ... ça montre combien de temps vous passez avec le patient, combien les soins sont adaptés à lui. Ce n'est pas seulement le soutien émotionnel, c'est l'aider avec ce qui est important pour lui, peu importe ce que c'est. Ça montre ce que vous faites avec les patients, tous les jours. »	« J'ai l'impression que peut-être 60 à 70 % du personnel n'est pas là, ça ne me dit pas combien de temps il faut pour le faire. »
Renforcement	« 30 minutes payées en plus! »	« Le temps supplémentaire passé à remplir le GRASP n'est pas rémunéré. »
Intentions	« Si nous avons une formation continue à ce sujet, nous pouvons, disons à la fin de la semaine, ou du mois, discuter de la charge de travail et de ce que l'outil nous permet de comprendre et que nous ne voyons peut-être pas ... en remplissant le GRASP dans cette optique, du personnel peut être ajouté pour X quarts de travail... Plus il y a de renseignements, plus il y a de discussions. »	« ... des employés supplémentaires parce qu'on a beaucoup de travail... »
Objectifs	« Les infirmières devraient voir le GRASP comme une tâche quotidienne. Elles doivent s'attendre à le faire lorsqu'elles viennent travailler. » « Je m'en sers comme d'un outil quand je fais les affectations et d'autres tâches ... Je me sers des heures indiquées dans le système GRASP pour regrouper les patients et préparer les affectations. Je pense donc qu'une réflexion éclairée sur le système GRASP aide à ajuster les affectations pour les infirmières sur le terrain. »	
Mémoire/Attention/Processus décisionnel	« Vocera devrait être programmé pour nous faire des rappels... » « comme la radiomessagerie, comme quand on annonce la fin des visites... » « Peut-être qu'on pourrait faire clignoter les mots GRASP, GRASP sur l'écran de l'ordinateur à la fin du quart de travail? »	
Contexte du milieu et ressources		« Nous n'avons pas assez d'ordinateurs... parce qu'aucun n'est libre. » « ... les patients instables, les journées très chargées sont définitivement un obstacle. »
Influences sociales	« ... notre IPA vérifie tous les jours si le formulaire GRASP est rempli. Comme je ne veux pas qu'elle me reproche quoi que ce soit, je le fais, tout simplement... »	
Émotions		« ... on se sent soulagés quand c'est fait. C'est comme si nous on enlevait une charge, tu comprends? Pour éviter de toujours y penser, on veut passer à autre chose... »
Régulation comportementale	« Les infirmières devraient voir le GRASP comme une tâche quotidienne. Elles doivent s'attendre à le faire lorsqu'elles viennent travailler. »	

Note. Ce tableau présente les témoignages d'infirmières qui parlent des facteurs qui facilitent et entravent l'utilisation du formulaire GRASP et qui correspondent aux éléments du CDT.

DISCUSSION

Le projet d'AQ a donné l'occasion aux infirmières de décrire leurs expériences, d'exprimer leurs points de vue et de formuler leurs suggestions au sujet du système de mesure de la charge de travail GRASP. Il a également permis aux chefs des unités de soins palliatifs et de soins aigus en oncologie de mieux comprendre pourquoi les infirmières adhèrent ou non à la pratique GRASP.

L'initiative a montré que les facteurs influençant le respect de la pratique GRASP se ressemblent, et ce, malgré différents milieux de travail (unité d'oncologie ou de soins palliatifs) et populations de patients. Même lorsqu'elles savent utiliser le formulaire GRASP et l'IRM, les infirmières estiment que leurs connaissances sont lacunaires. Ce paradoxe montre bien l'esprit pratique des infirmières, qui possèdent les compétences techniques nécessaires pour réaliser les tâches associées au GRASP, mais qui admettent tout de même ne pas connaître et comprendre l'objectif et les avantages du GRASP pour répondre aux besoins des patients à soigner.

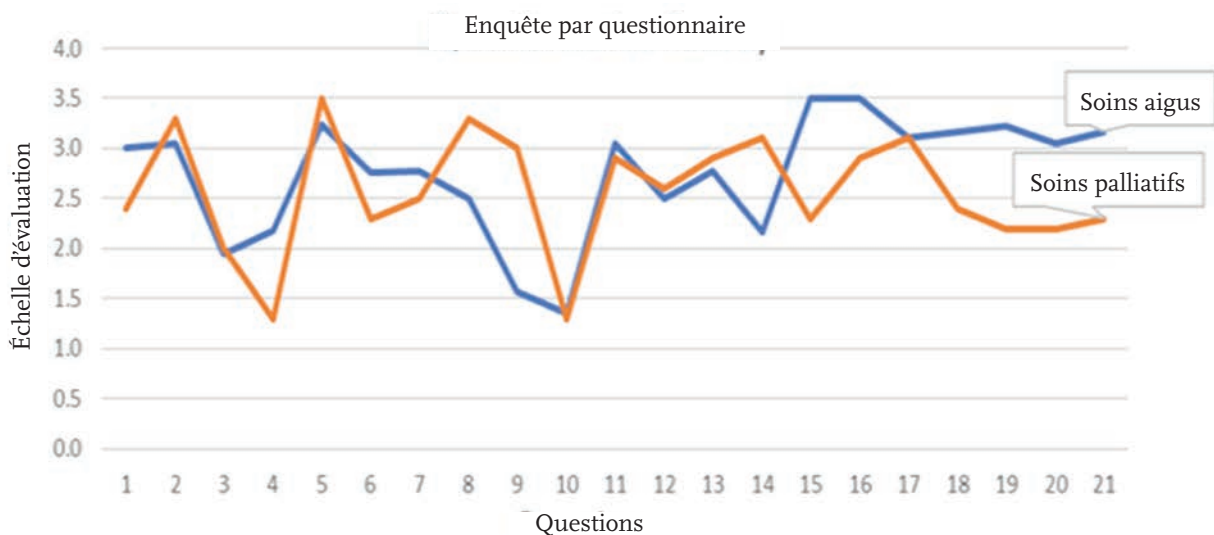
Les infirmières en soins oncologiques aigus ont dit recevoir davantage de rétroaction de leurs chefs d'unité sur leur rendement dans l'utilisation du GRASP et de l'IRM comparativement aux infirmières en soins palliatifs. De plus, les infirmières en soins oncologiques aigus réfléchissent davantage à la question du système GRASP que les infirmières en soins palliatifs. Dans le même ordre d'idées, l'existence d'un système de soutien et la présence de responsables du GRASP créent une culture de responsabilité qui favorise la mise en application du système. Les infirmières en soins palliatifs étaient moins convaincues de la fiabilité de l'outil GRASP pour mesurer leur charge de travail. En revanche, elles étaient plus conscientes des avantages du formulaire GRASP pour estimer

le financement que leurs consœurs de l'oncologie. De plus, les infirmières en soins palliatifs ont dit accorder plus d'attention au formulaire GRASP que les infirmières en soins oncologiques aigus même lorsqu'elles sont très occupées. Dans le même ordre d'idées, les infirmières en soins palliatifs ont dit avoir un meilleur accès aux ordinateurs et aux postes de travail comparativement à un accès plus limité pour leurs collègues en oncologie. Ces dernières ont aussi signalé une plus grande surcharge cognitive et un stress beaucoup plus élevé lorsqu'elles sont débordées, ce qui les empêche d'utiliser le GRASP. Elles ont été plus nombreuses que les infirmières en soins palliatifs à suggérer l'ajout d'une rubrique sur le « temps nécessaire pour remplir le formulaire » dans l'outil GRASP. Par ailleurs, un plus fort pourcentage d'infirmières en soins oncologiques aigus ont dit croire que : a) la bonne utilisation du système GRASP et de l'IRM favorise une culture d'autonomisation et rend le travail infirmier plus visible; b) la réflexion sur l'utilisation du formulaire GRASP les aide à changer leur réceptivité à l'égard de cette pratique; c) elles seraient beaucoup plus motivées à remplir le formulaire GRASP dans les délais et de la bonne façon si leur salaire en dépendait. Voir le tableau A2.

Bien que les infirmières soient les utilisatrices finales de l'outil GRASP, d'autres personnes contribuent directement au processus et au rendement du système. Le système de mesure de la charge de travail GRASP quantifie le travail infirmier et permet à l'administration de l'hôpital (niveau de gestion à grande échelle) de prévoir les besoins en personnel pour préserver la sécurité des patients, le taux d'occupation des lits et la rentabilité des soins (Alghamdi, 2016). Dans l'analyse des données qualitatives, les infirmières ont fait part des défis professionnels quotidiens qui les empêchaient d'être assidues et

Figure A2

Comparaison des variables du questionnaire sur le CDT – Variation moyenne entre les unités de soins oncologiques aigus et les unités de soins palliatifs



Note. Cette figure est une illustration graphique comparant les valeurs moyennes des variables de l'enquête par questionnaire sur le CDT de l'unité de soins oncologiques aigus et de l'unité de soins palliatifs.

précises lorsqu'elles remplissaient le formulaire GRASP, mentionnant que cette tâche était pour elles un fardeau. En effet, elles ont expliqué devoir rester après les heures de travail pour remplir le formulaire et saisir les informations une fois par quart de travail, et qu'elles avaient peu de temps pour le faire, ce qui peut jouer sur l'exactitude des données.

Dans les différentes unités, on dénote certaines inefficacités dans le processus. Parallèlement au CDT, qui se concentre sur les changements des comportements infirmiers dans la mise en œuvre de nouvelles pratiques, la Théorie du processus de normalisation (TPN) propose une approche théorique fondamentale pour guider l'amélioration du respect de la politique GRASP au SHSC. La TPN facilite l'application des mesures nécessaires pour mettre en œuvre et évaluer les interventions complexes, les nouvelles technologies et les processus opérationnels dans les milieux de la santé (May et al., 2018; Finch et al., 2013).

La TPN s'intéresse à ce que les travailleurs font ou doivent faire pour mettre en œuvre les pratiques recommandées; elle regroupe quatre concepts de base : la cohérence, la participation cognitive, l'action collective et le suivi réflexif (Elf et al., 2018). Dans le cadre du présent projet d'AQ, la cohérence réfère à la compréhension, par les infirmières, de l'objectif et de l'importance de remplir le formulaire GRASP sur la charge de travail, de ses avantages internes et externes, et des lacunes actuelles quant à la mise en pratique du système GRASP. Parallèlement, la participation cognitive concerne la légitimation et le travail relationnel réalisé par les infirmières pour soutenir le système GRASP. Par exemple, la collaboration entre les infirmières, le spécialiste de la charge de travail GRASP et la direction des soins infirmiers de l'unité favorisent un leadership actif pour tout ce qui touche le système GRASP. La participation cognitive accroît le sentiment de responsabilité des infirmières à remplir le formulaire GRASP dans le cadre de leurs tâches quotidiennes. L'action collective renvoie au travail opérationnel qu'accomplissent les infirmières pour remplir le formulaire au quotidien, ainsi qu'aux connaissances et compétences relatives au système GRASP, aux ressources technologiques disponibles et au temps requis pour remplir le formulaire. Enfin, le suivi réflexif désigne l'évaluation, à l'aide de rapports systématiques, de la fréquence et de l'exactitude de l'utilisation du formulaire GRASP; il englobe aussi la conviction que la saisie de données dans le système rend bien compte des besoins en soins infirmiers de l'unité, l'importance des changements instaurés, les suggestions faites en vue de futures améliorations, ainsi que la possibilité donnée aux infirmières de prendre part activement à la reconfiguration du système GRASP (Elf et al., 2018; Finch et al., 2013).

Recommandations

Afin d'améliorer la fréquence d'utilisation du système GRASP et la justesse des données, trois actions sont essentielles : a) la *mise en œuvre* du programme GRASP grâce à un leadership et à une formation solides; b) l'*adoption complète* de la pratique GRASP dans la routine quotidienne en misant sur les connaissances, le soutien, les rappels et la rétroaction;

c) l'*intégration*, dans toute l'organisation, du programme GRASP (Finch et al., 2013). Pour améliorer le processus et soutenir la bonne utilisation du GRASP, il faut des investissements continus et des gestes concrets de la part du leadership infirmier afin de faire progresser dans le temps l'application du plan de mise en œuvre et son déploiement à plus grande échelle (Finch et al., 2013). La TPN aide les responsables du programme GRASP à cerner, à décrire et à expliquer les facteurs qui contribuent ou nuisent à l'intégration et à la mise en œuvre du processus (May et al., 2018).

Les résultats de l'initiative d'AQ ont permis de formuler des recommandations à l'intention des infirmières et de la direction des soins afin d'améliorer la fréquence d'utilisation du système GRASP à Sunnybrook et la précision des renseignements fournis. Ces recommandations ciblent les objectifs suivants : a) améliorer les connaissances entourant les bénéfices internes et externes du système GRASP et sensibiliser davantage le personnel à ce sujet; b) offrir de la formation continue, du soutien, de la rétroaction et un suivi sur l'utilisation du système GRASP dans le cadre de la pratique; c) renforcer le leadership en désignant des responsables du GRASP et améliorer la qualité du travail du comité GRASP et sa relation avec les infirmières; d) redéfinir les rubriques de l'outil GRASP en fonction des compétences collectives de l'unité; e) intégrer la technologie dans les rappels GRASP; f) prévoir un nombre suffisant d'ordinateurs et de postes de travail; g) favoriser une vision positive du système GRASP; h) soutenir les infirmières pour encourager un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et personnelle afin d'alléger la charge de travail supplémentaire qu'apporte l'outil GRASP. La mise en place de ces stratégies nécessite les efforts mutuels des infirmières, de la direction des soins infirmiers et de l'administration de l'hôpital ainsi qu'une communication et une collaboration efficaces, et une prise décisionnelle concertée, afin d'améliorer la fréquence d'utilisation du formulaire GRASP au centre Sunnybrook.

Implications pour la pratique infirmière

Le financement axé sur les patients, qui permet l'analyse des coûts par cas et la prise de décision fondée sur des données probantes, repose en grande partie sur une représentation juste de la charge de travail infirmière (Hoang, 2014; MOHLTC/MSSLD, 2018). Pour pallier le manque de conformité actuelle au système GRASP à Sunnybrook, il faudra procéder à des changements individuels et organisationnels. Pour guider ces changements, il est nécessaire de comprendre l'environnement et les circonstances qui influencent les comportements infirmiers et occasionnent les écarts (Atkins et al., 2017). Le manque de connaissances des infirmières à propos des bénéfices internes et externes du système GRASP, l'accès limité aux ordinateurs, les lacunes de l'outil GRASP pour saisir toute la complexité du travail des infirmières, les contraintes de temps, les affectations complexes, la gravité des cas et les demandes de soins plus élevées sont autant de facteurs qui entravent l'utilisation du système GRASP par les infirmières, et l'exactitude des renseignements fournis. Le peu d'information et de rétroaction sur le rendement d'utilisation

du système GRASP et l'évaluation des données consignées, ainsi que le manque de soutien continu nuisent à l'adoption de la politique GRASP par le personnel infirmier. Ces obstacles influencent directement l'auto-efficacité des infirmières et la croyance selon laquelle la mesure de la charge de travail permet aux infirmières de gagner en confiance dans l'accomplissement de leurs tâches et rend leur travail plus visible. Ils bloquent également la pratique réflexive, ce qui empêche le changement de comportement vis-à-vis la pratique GRASP et le respect de la politique GRASP par l'équipe.

Une mesure lacunaire et inexacte de la charge de travail du personnel infirmier interfère avec prévisions de financement et les décisions de l'organisme, entraînant ainsi une baisse des fonds. S'ensuivent des coupes budgétaires qui restreignent la dotation en personnel et se traduisent par une pénurie d'effectifs, des ratios infirmière-patient trop élevés, des ressources de soins insuffisantes, l'accès limité à de nouveaux traitements et procédures ainsi qu'un faible soutien à la recherche et aux initiatives de gestion de la qualité et du risque (Qureshi et al., 2019; Mittman et al., 2008). Par conséquent, les infirmières doivent comprendre à quel point les données incomplètes peuvent avoir des effets négatifs sur les soins aux patients, les infirmières et l'organisation, et la façon dont ces données sont utilisées pour décider du financement qui, en bout de ligne, façonne le modèle de soins infirmiers.

Limites

Après réflexion et analyse, les membres de l'équipe responsable de l'AQ ont conclu que, dans le questionnaire, les choix de réponses « pas souvent », « souvent » et « plusieurs fois » ne permettaient pas de numériser les données. Ils étaient d'avis que le fait de présenter à la haute direction des données sur ces catégories bien précises lui servirait de base pour élaborer des stratégies efficaces afin d'améliorer la conformité. Les chercheurs ont aussi constaté que l'on ne faisait pas la distinction entre les infirmières autorisées et les infirmières autorisées en pratique avancée, puisque toutes les infirmières

embauchées reçoivent la même formation GRASP. L'entretien avec le groupe de discussion constitue une autre limite, car de ce type d'entrevues peuvent ressortir des réponses biaisées. Enfin, l'accès restreint aux unités de soins en raison de la pandémie de COVID-19 a nui à la constitution de l'échantillon pour la collecte de données qualitatives; peut-être aurait-on pu améliorer les résultats en procédant à davantage d'entretiens individuels.

Conclusion

Le projet d'AQ à méthodes mixtes a permis de comprendre en détail les facteurs qui influencent la fréquence et la précision d'utilisation du formulaire GRASP par les infirmières. La communication et la collaboration, constructives et continues, entre les infirmières, la direction des soins infirmiers, les spécialistes du système de mesure de la charge de travail GRASP et l'administration de l'hôpital sont nécessaires pour que les infirmières soient plus assidues à remplir le formulaire GRASP et plus précises dans leurs réponses, et qu'elles surmontent les obstacles nuisant à leur mise en application de la politique GRASP. Les recommandations visent à combler les multiples lacunes du cadre de rendement du système GRASP afin de conserver un financement adéquat et d'assurer la qualité des soins axés sur les patients.

REMERCIEMENTS

La première phase du projet d'amélioration de la qualité (AQ) a été dirigée par les auteures et le rapport a été publié dans la Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie, 30(4), 317–320.

FINANCEMENT

Le projet n'a reçu aucun soutien financier

CONFLIT D'INTÉRÊTS

Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré concernant la participation au projet d'initiative d'amélioration de la qualité.

RÉFÉRENCES

- Aboumatar, H., J., Chang, B., H., Danaf, J., A., Shaear, M., Namuyinga, R., Elumalai, S., Marsteller, J., A., & Pronovost, P., J. (2015). Promising practices for achieving patient-centered hospital care: A national study of high-performing US hospitals. *Medical Care, 53*(9), 758–767. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000000396>
- Alghamdi, M. A. (2016). Nursing workload: a concept analysis. *Journal of Nursing Management, 24*(4), 449–457. <https://doi-org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1111/jonm.12354>
- Atkins, L., Francis, J., Islam, R., O'Connor, D., Patey, A., Ivers, N., Foy, R., Duncan, E., Colquhoun, H., Grimshaw, J., Lawton, R., & Michie, S. (2017). A guide to using the Theoretical Domains Framework of behaviour change to investigate implementation problems. *Implementation Science : IS, 12*(1), 77–77. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0605-9>
- Carayon, P., & Gurses, A. P. (2008). Nursing workload and patient safety—A human factors engineering perspective. Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. *Agency for Healthcare Research and Quality (US), Chapter 30*, 203–216. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657/>
- Elf, M., Nordmark, S., Lyhagen, J., Lindberg, I., Finch, T., & Åberg, A. (2018). The Swedish version of the Normalization Process Theory Measure S-NoMAD: Translation, adaptation, and pilot testing. *Implementation Science : I.S., 13*(1), 146–146. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0835-5>
- Etchells, E., Ho, M., & Shojania, K. (2016). Value of small sample sizes in rapid-cycle quality improvement projects. *BMJ Quality & Safety, 25*(3), 202–206. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-005094>
- Fagerström, L., Kinnunen, M. & Saarela, J. (2018). Nursing workload, patient safety incidents and mortality: An observational study from Finland. *BMJ Open, 8*. e016367. [10.1136/bmjopen-2017-016367](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016367).
- Fanneran, T., Brimblecombe, N., Bradley, E., & Gregory, S. (2015). Using workload measurement tools in diverse care contexts: The experience of staff in mental health and learning disability inpatient settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 22*(10), 764–72. <https://doi.org/10.1111/jpm.12263>. Epub 2015 September 10. PMID: 26608674.
- Finch, T., Rapley, T., Girling, M., Mair, F., Murray, E., Treweek, S., McColl, E., Steen, I., & May, C. (2013). Improving the

- normalization of complex interventions: measure development based on normalization process theory (NoMAD): Study protocol. *Implementation Science: I.S.*, 8(1), 43–43. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-43>
- Flagg, A., J. (2015). The role of patient-centered care in nursing. *Nurs Clin North Am.*, 50(1), 75-86. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.10.006>. Epub 2014 Dec 23. PMID: 25680488.
- Hadley, F., Graham, K., & Fannery, M. (2005). Workforce management objective A, workload measurement tools. *Canadian Nurses Association*. https://www.cnaaicc.ca/~media/cna/pagecontent/pdf/fr/workload_measurement_tools_e.pdf
- Hoang, T. (2014). Implementation of case costing with Ontario Case Costing Initiative (OCCI). <https://www.igi-global.com/chapter/implementation-of-case-costing-with-ontario-case-costing-initiative-occi/78690>
- IBM Corp. (2012). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0*. IBM Corp.
- Lang, T., Hodge, M., Olson, V., Romano, P. & Kravitz, R. (2004). Nurse-patient ratios: A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee, and hospital outcomes. *The Journal of Nursing Administration*, 34(7–8), 326–37.
- Kyngäs, H., Mikkonen, K., & Kääriäinen, M. (2020). *The application of content analysis in nursing science research* (1st ed. 2020.). Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-30199-6>
- May, C., R., Cummings, A., Girling, M., Bracher, M., Mair, F., S., May, C., M., Murray, E., Myall, M., Rapley, T., & Finch, T. (2018). Using Normalization Process Theory in feasibility studies and process evaluations of complex healthcare interventions: A systematic review. *Implementation Science: I.S.*, 13(1), 80–80. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0758-1>
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2018). *Health system funding reform*. https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ecfa/funding/hs_funding.aspx#2
- Mittman, N., Seung, S. J., Pisterz, L.F., Isogai, P. K., & Michaels, D. (2008). Nursing workload associated with hospital patient care. *Disease Management & Health Outcomes*, 16(1).
- Needleman, J. (2017). Nursing skill mix and patient outcomes *BMJ Quality & Safety*, 26, 525–528. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2016-006197>
- Ontario Hospital Association. (2021). *Health system transformation*. <https://www.oha.com/health-system-transformation>
- Qureshi, S. M., Purd , N., Mohani, A., & Neumann, W. P. (2019). Predicting the effect of nurse–patient ratio on nurse workload and care quality using discrete event simulation. <https://doi-org.myaccess.library.utoronto.ca/10.1111/jonm.12757>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2017). *Backgrounder RN effectiveness*. <https://rnao.ca/bpg/initiatives/RNEffectiveness>
- Stilos, K., Long, A., & Cretu, E. (2020). GRASP Workload Nursing Measurement System at EOL. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 30(4), 317–320.
- Sunnybrook Health Science Centre. (2015). *Nursing Workload Measurement System – Infor* (formerly GRASP) Policy. <https://vpn2.sunnybrook.ca/,DanaInfo=sunnynet.ca+default.aspx?cid=101440>