

ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS DE SANTÉ PRIMAIRE EN MILIEU PLURIETHNIQUE

1^{er} volet de l'étude «Pratiques infirmières en milieu pluriethnique: Entre modèles culturels et modèles professionnels»

publication synthèse

Centre de santé et de services sociaux
de Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension

SYNTHÈSES DES PUBLICATIONS
DU CENTRE DE RECHERCHE
ET DE FORMATION

NUMÉRO 1, OCTOBRE 2005

Publication synthèse résume les faits saillants des principales recherches du Centre de recherche et de formation du CSSS Côte-des-Neiges, Métro et Parc-Extension.

5700, ch. de la Côte-des-Neiges,
5^e étage
Montréal, Québec H3T 2A8
Tél.: (514) 731-8531 poste 2340

Ce numéro a été rédigé par:
M. Cagnet et J. Bertot
en collaboration avec S. Hamel

Directrice des activités
de recherche et de formation:
Spyridoula Xenocostas
Responsable de la publication et
infographie: Jeanne-Marie Alexandre

ISSN 1715-8648

Titre du rapport: **Organisation des soins infirmiers de santé primaire en milieu pluriethnique**
Auteurs: M. Cagnet, J. Bertot,
Y. Couturier, J. Rhéaume,
B. Fournier

*Rapport intégral - volet 1/Analyse organisationnelle - septembre 2005
Disponible au Centre de recherche et de formation*



Équipe METISS

Mise en contexte

Les années 1980-90, sont au Québec comme dans l'ensemble du Canada des années marquées par divers changements au nombre desquels on compte la réforme du système de santé mais aussi des modifications importantes dans la population avec la persistance d'un recul des immigrants d'Europe de l'Ouest qui cèdent désormais nettement le pas aux populations des pays d'Orient et de l'hémisphère sud. La part des minorités visibles s'accroît rapidement dans les villes canadiennes, en particulier dans les trois métropoles que sont Toronto, Montréal et Vancouver.

En ce qui concerne le système de santé, ces années sont marquées par une volonté de contrôle, et si possible de réduction, des dépenses de santé. Le système de santé est alors engagé dans une réorganisation structurelle radicale. L'accent est mis sur le développement de la santé primaire, propre à favoriser une meilleure promotion et prévention de la santé de la population. Pour répondre aux exigences de cette nouvelle réalité et pour compenser la présence insuffisante des médecins dans le réseau des CLSC, les infirmières doivent diversifier et élargir leur champ de compétences. Parallèlement, la réorganisation financière qui accompagne la transformation structurelle, ouvre la porte au secteur privé en particulier dans la part qui a trait à la prestation des soins et des services à domicile. Au Québec, ce nouveau partenariat public/privé se concrétise soit: a) sous la forme de délégation de mandats au secteur privé à but lucratif (agences qui, selon le niveau de complexité de l'organisation auxquelles elles appartiennent, se distinguent en 3 catégories : locale, nationale, internationale) et non lucratif (associations d'essence caritative laïque ou religieuse) soit: b) sous la forme d'une sous-traitance via un "prêt" de personnel (infirmières, auxiliaires familiaux/préposés aux bénéficiaires).

Sur le plan des caractéristiques sociodémographiques de la population, si les taux d'immigration sont une des constantes du pays, ils s'accompagnent désormais d'une diversification croissante des origines ethno-nationales. À cette diversification s'ajoute la capacité de plus en plus importante pour les nouveaux venus de maintenir des liens étroits avec leur pays d'origine (facilité et rapidité des transports; utilisation des nouvelles technologies de communication). À un niveau global et politique, ces modifications réinterrogent la cohésion sociale, et les pratiques de citoyenneté. Aux autres niveaux, emploi, milieu scolaire mais également santé des questions se posent également. Dans la santé, les changements dans le profil général de la population qui se perçoivent dans la clientèle contribuent fortement à mettre l'emphase sur la dimension culturelle et ses écarts potentiels entre soignants et soignés. Mais, ces mêmes modifications se répercutent également dans le profil ethnique des professionnels de la santé, et les relations avec les soignés traduisent aussi un certain nombre de réactions chez ces derniers.

Le point de départ du projet *Pratiques infirmières en milieu pluriethnique: Entre modèles culturels et modèles professionnels* est ancré dans ce contexte de transformation des caractéristiques sociodémographiques de la population montréalaise et du système organisationnel de santé québécois. L'étude visait à explorer leurs répercussions sur l'organisation et les pratiques de soins infirmiers en santé primaire. Le 1^{er} volet de cette étude dresse un portrait organisationnel des services de santé primaire dans lesquels s'actualisent les pratiques infirmières, en analyse les modes de gestion et explore la façon dont est abordée et gérée la dimension ethnique – tant en ce qui concerne la diversité qui caractérise la population usagère de soins infirmiers que dans les aspects qui renvoient à son accroissement dans les effectifs infirmiers.

Méthodologie

L'échantillon compte 13 établissements de Montréal répartis dans les trois secteurs d'activités: le secteur public (6 CLSC), le secteur privé marchand (5 agences), et le secteur privé à but non lucratif (2 associations). L'échantillon reflète l'éventail existant également en termes de taille et de structure dans chacun de ces trois secteurs. La population des territoires couverts par ces 13 établissements présente des taux plus ou moins élevés d'immigrants à l'instar des écarts de cette distribution dans le paysage montréalais. Elle compte également une diversité des origines nationales et ethniques similaire à l'ensemble des origines répertoriées dans la population totale de la région.

Nous avons privilégié une approche inductive appuyée par un devis de recherche descriptif croisant à la fois des méthodes quantitatives et qualitatives. Les résultats de ce 1er volet restituent des analyses croisées de données collectées par entrevues semi-dirigées de 19 gestionnaires (responsables des soins infirmiers et directeurs d'établissement dont 10 en CLSC, 5 en agence, 4 en association) et à partir de documents produits dans les organisations (rapports d'activités, rapports financiers, politiques, protocoles, etc.). Les entrevues semi-dirigées comprenaient cinq volets thématiques: 1) les aspects organisationnels; 2) le profil du personnel infirmier; 3) les modèles de soins infirmiers; 4) le recrutement du personnel infirmier; 5) les modalités de supervision, d'encadrement et de soutien. Les données ont été compilées, codées et classées sous les thèmes suivants: caractéristiques sociodémographiques du territoire; services disponibles; partenaires de travail; organisation des services infirmiers; politiques de recrutement; types et volume des soins; modèles de soins infirmiers; formations complémentaires; rôles des responsables des soins infirmiers; organisation de la supervision; approche de l'ethnicité.

Faits saillants

Portrait organisationnel

«Les soins infirmiers nourrissent un rapport d'interdépendance entre les secteurs publics et privés»

Assurés par les trois types d'organisation, les soins infirmiers nourrissent un rapport d'interdépendance entre les secteurs publics et privés. Entre les CLSC et les agences ce rapport s'équilibre dans la mesure où les premiers ont besoin des secondes qui leur fournissent le personnel supplémentaire nécessaire à la délivrance des prestations infirmières qui relèvent de leur mandat. Alors que les deuxièmes ont besoin du secteur public qui leur assure la plus grande part de leurs revenus. Entre CLSC et associations, le rapport s'inscrit davantage dans une logique de complémentarité où le CLSC fait figure de demandeur; le plus souvent pour les relayer auprès d'un usager en phase terminale où les associations jouent un rôle de ressource spécialisée en soins palliatifs.

L'analyse des styles de gestion dans chacun des établissements indique que presque tous se situent aux frontières des configurations organisationnelles de Mintzberg (1982, 1998). Si la configuration professionnelle, caractérisée par un centre opérationnel fort et autonome, était le modèle a priori attendu dans les CLSC, on constate que leur style de gestion emprunte aux autres styles théoriques. En même temps, CLSC, agences et associations présentent plus de similitudes que les hypothèses le supposaient et un CLSC peut avoir un style de gestion plus proche d'une agence que d'un autre CLSC. Ainsi, 3 agences et 2 CLSC ont un style gestion centralisée où la direction conserve un contrôle fort sur la prise de décision. Alors qu'un autre CLSC, une des agences et une association se rejoignent dans un style de gestion dynamique où les pouvoirs sont décentralisés, caractéristique des configurations innovatrices.

La gestion du personnel et des soins infirmiers

Deux critères de recrutement sont mis de l'avant par les responsables soit, le niveau de formation et l'expérience professionnelle des infirmières. Le choix de recruter des bachelières ou des techniciennes repose sur deux visions qui s'opposent. La 1ère tire la profession "vers le haut" en préchant pour une professionnelle autonome formée au diagnostic, à l'évaluation et cheminant vers une pratique avancée en nursing. La 2^{ème} est centrée sur l'exécution de la tâche et axe la valorisation sur la compétence technique dans une perspective biotechnologique omniprésente et de plus en plus performante. Les CLSC soutiennent le plus souvent la pertinence à recruter des bachelières, qui leur paraissent plus promptes à assumer l'autonomie et la responsabilité que requiert une pratique "hors des enceintes hospitalières". Les agences privilégient plutôt les compétences spécifiques en matière de soins spécialisés, de formation aux services info-santé, de permis selon des ordonnances individuelles ou collectives, très en demande dans les CLSC. Dans cette mesure, la mise en place de la réforme du système aura d'ailleurs largement contribué à l'émergence de la segmentation du corps infirmier entre *bachelières* et *techniciennes* et un certain recoupement de cette segmentation entre ces deux secteurs. De leur côté, les associations, sans avoir l'exigence du baccalauréat, ne plaident pas pour autant pour les aspects techniques mais plutôt pour les valeurs que sont l'engagement et les compétences relationnelles.

«Le choix de recruter des bachelières ou des techniciennes repose sur deux visions qui s'opposent»

La plus courante, qui correspond à la tendance majoritaire dans les CLSC mais que l'on retrouve aussi dans les agences, est celle de la recherche d'un accommodement raisonnable. Ce mécanisme s'avère parfois fructueux mais se révèle éprouvant pour la personne victime de racisme. Celle-ci peut se décourager des multiples tentatives de négociation et demander elle-même à être retirée plutôt que de continuer d'essayer les propos et attitudes vexatoires de la part de l'utilisateur... qui, en bout de ligne finit par avoir gain de cause au détriment de la personne discriminée.

La 2^{ème} position est de retirer l'infirmière pour satisfaire l'utilisateur si une première tentative de conciliation échoue. On retrouvera fréquemment cette position dans les agences, où la logique du droit du client payeur l'emportera généralement sur toute autre considération, quel que soit le degré de désaccord des responsables avec l'utilisateur. Cette position n'est cependant pas absente des CLSC sous l'argument du droit de l'utilisateur à recevoir des soins, dispensés par des personnes de leur choix, et de la responsabilité qui incombe aux CLSC de donner les services requis.

La 3^{ème} position, plus rare, est soutenue par des individus que l'on retrouve aussi bien en association qu'en CLSC ou en agence. Ici, toute manifestation de discrimination ethnique ou raciale est considérée comme intolérable. La compétence de l'infirmière est mise de l'avant, tout comme son droit au respect et le devoir du client de se conformer aux dispositions de la Charte des droits humains et des codes d'éthique. C'est ce qui est clairement signifié à l'utilisateur et c'est ce dernier qui, s'il maintient son refus d'être soigné par telle ou telle personne, sera sanctionné par un retrait du service, considérant que s'il refuse des soins en raison de la couleur de la peau ou de l'origine nationale de l'intervenant, c'est qu'il n'en a probablement pas un besoin criant.

La rareté de cette prise de position va de pair avec la rareté de l'existence, dans l'ensemble des établissements, de politiques et procédures clairement identifiées et définies en cas de la discrimination ethnique et de racisme. Ces résultats laissent bien des questions en suspens, surtout quand on constate l'écart entre ces façons de voir et de faire face au harcèlement ethnique et au racisme comparativement au harcèlement sexuel ou à la violence. Contrairement aux ambiguïtés sur l'attitude à adopter dans les cas de harcèlement ou de violence, les réponses furent très fermes, sans aucune hésitation ni tentative de recherche d'arguments qui pourraient justifier le comportement de l'utilisateur : « C'est tolérance zéro » et retrait du service, y compris dans les agences où même le rapport marchand ne donne pas au client le droit d'agir selon son gré.

Des faits saillants qui ressortent de nos analyses, il apparaît que les principaux porteurs de la lutte contre le racisme sont des personnes issues elles-mêmes de groupes minoritaires ou des individus dont les trajectoires personnelles les ont amenés à choisir délibérément de travailler avec des personnes d'origines diversifiées. Les questionnements soulevés par ces résultats semblent d'autant plus importants à considérer que le corpus d'infirmières compte déjà un certain pourcentage de personnes nées en dehors du Canada ou/et appartenant à des minorités visibles et que ces taux sont appelés à augmenter compte tenu de leur croissance constante dans la population du Québec.

« les principaux porteurs de la lutte contre le racisme sont des personnes issues elles-mêmes de groupes minoritaires ou des individus dont les trajectoires personnelles les ont amenés à choisir délibérément de travailler avec des personnes d'origines diversifiées »

Au-delà de la répartition classique des trois secteurs organisationnels des soins infirmiers, d'autres logiques émergent

Au-delà de la répartition classique des trois secteurs organisationnels des soins infirmiers (public, privé marchand et privé à but non lucratif), d'autres logiques émergent. Le contexte organisationnel des soins infirmiers de santé primaire est finalement, sur nombre de points, plus homogène que supposé tout en laissant place en même temps à de forts contrastes qui requièrent une lecture éclairée par la structure de l'entreprise et le style de gestion.

En matière de contrôle de la qualité des soins et de support professionnel, la mission de l'entreprise (renvoyant de fait au type de secteur) tend à se profiler comme le facteur déterminant. Alors que sur le point des compétences infirmières requises enfin, les valeurs portées par l'entreprise apportent une nette démarcation entre elles. En matière de philosophie des soins et de mécanismes de transmission aux infirmières, les résultats tendent à montrer que les convergences et divergences entre les entreprises à l'étude, relèvent en premier lieu de la mission de l'entreprise, étroitement liée au type de secteur (public, privé ou associatif). Ceci dit, il apparaît aussi des nuances importantes qui nous renvoient à la fois aux valeurs professionnelles et aux styles de gestion.

La taille de l'entreprise apparaît comme le facteur essentiel qui influence le mode d'encadrement et de support du personnel infirmier.

En matière d'ethnicité, les 13 entreprises montrent de fortes convergences. En ce qui concerne la discrimination ou le racisme à l'égard des usagers, leur politique est en parfaite concordance avec la charte des droits et des libertés de la personne, par ailleurs reprise sous une forme ou sous une autre dans les orientations du système de santé, dans les codes d'éthique des établissements du réseau public, ainsi que dans les règlements et lois qui régissent l'exercice infirmier. En revanche, la dimension ethnique dans le personnel, apparaît comme une dimension minorée et, en l'absence de directives claires, les risques de discrimination et de racisme à leur rencontre, sont traités à l'aune des valeurs de chacun. Les représentations des responsables quant aux modalités à adopter vis-à-vis d'un problème de racisme à l'égard d'une infirmière, ne relèvent pas tant du fait d'être dans un CLSC, une agence ou une association, ou du fait d'avoir à faire à un style de gestion plutôt qu'un autre, mais bien plutôt en regard des histoires et des parcours des individus comme tels. Et si certains s'engagent à combattre les comportements racistes des usagers, les autres font preuve d'une assez grande "tolérance" et surtout, d'une absence de réflexion approfondie sur le sujet. Au total, il apparaît qu'à défaut de positions fermement appuyées par des mesures effectives à tous les paliers de la société, les perspectives portées dans les discours sur le multiculturalisme, la convergence culturelle, l'intégration harmonieuse des collectivités, pourraient encore longtemps demeurer des vœux pieux.

Si aucun des établissements n'applique de politique de quota en matière de diversité ethnique de leur personnel, il s'avère pourtant que cette même diversité de la clientèle, exerce une certaine influence sur le recrutement des infirmières. Toutefois, les expériences personnelles et professionnelles de certains responsables amènent d'importantes nuances d'un établissement à l'autre. Ainsi, si le critère d'une 3^{ème} langue, compétence linguistique que l'on retrouve souvent chez les immigrants et leurs enfants, peut être vu de façon favorable, dans les CLSC on hésite à le privilégier formellement dans le recrutement par crainte des réactions des natifs descendants de parents Canadiens qui sont, le plus souvent plutôt bilingues français-anglais. Dans les agences, la logique marchande peut conduire à ce que les caractéristiques ethniques de la clientèle et subséquemment de ses préférences sur ce plan, favorisent un *ethnicmatch* et jouent du même coup un rôle déterminant dans le recrutement. En revanche, certains groupes ethniques pâtissent des stéréotypes et des préjugés racistes à leur endroit et dans ce cas, les responsables sont conduits à leur préférer d'autres groupes. Il n'est pas exclu que cet aspect puisse interférer dans le recrutement au sein des autres types d'établissements mais les discours à cet égard sont plus retenus dans les CLSC et les associations dans la mesure où dans les CLSC ce sont les deux premiers critères qui sont fortement mis de l'avant, alors que dans les associations, les valeurs humanistes contrecarrent à peu près radicalement ce type de discours.

En matière de philosophie des soins, les CLSC qui relèvent du même appareil gouvernemental ont une perspective commune où l'universalité de l'accès aux soins et services, le respect de l'intégrité des personnes, de ses droits et l'intérêt collectif sont les valeurs centrales. Une convergence existe aussi entre les associations dont la philosophie des soins participe d'un même courant humaniste, caritatif dans leur cas. Si dans l'ensemble, les agences partagent certaines valeurs avec les CLSC (plus rarement avec les associations), elles convergent entre elles dans leur attachement à la rentabilité, valeur propre au secteur marchand. Dans leur cas, la philosophie des soins peut montrer d'assez fortes variations qui tiennent en partie à la complexité organisationnelle de l'entreprise mais sont aussi très étroitement liées au parcours personnel des directeurs d'agence ou des responsables des soins infirmiers.

Le contrôle de la qualité des soins se fait en CLSC par le biais de formations ponctuelles qui permettent la mise à jour des connaissances ainsi que des formations thématiques qui correspondent aux besoins du milieu. Le modèle de soins infirmiers de Allen (promotion de la santé; 1963) qui prône l'autonomie de l'utilisateur, l'évaluation de ses forces, de ses ressources et l'inclusion des proches dans l'intervention, est implanté dans tous les CLSC sous le nom de *modèle McGill*. Il est prôné par les responsables dans la mesure où il leur semble répondre aux objectifs du virage ambulatoire. Dans les agences, ces mécanismes sont en général moins développés et l'on privilégie le jumelage avec une infirmière qui travaille déjà en CLSC pour compléter l'orientation du personnel infirmier qui sera appelé à oeuvrer dans ce milieu. Si ces entreprises ne font aucune pression sur leurs infirmières pour l'adoption d'un modèle de soins plutôt qu'un autre, il appert néanmoins que si cette question est discutée par les responsables, le modèle d'Henderson (école des besoins) est perçu comme le plus adapté parce que plus efficace. L'une des deux associations a adopté le modèle McGill en y intégrant les façons de travailler de chaque infirmière, cette sorte de "bricolage" étant vu comme une richesse plutôt qu'un inconvénient. L'autre association a développé son propre modèle fondé sur les réflexions issues de l'expérience. Cette dernière, moins flexible, prône une "uniformité de conception" au plan des valeurs, de l'approche des soins et de la qualité des soins. Le jumelage et le "frottement professionnel" où l'infirmière est en contact quotidien avec ses collègues sont la pierre angulaire du fonctionnement des associations, accompagnés d'un encadrement assumé par les responsables des infirmières.

La dimension ethnique

«*l'un des premiers faits marquants de l'étude réside dans le fait que lorsqu'on dit*

«*ethnicité*», tous pensent spontanément à l'ethnicité des usagers et jamais, a priori, à celle de l'infirmière»

L'ensemble de ces résultats tend à montrer que si des différences peuvent être notées entre les trois secteurs, liées à la nature et aux objectifs premiers de chacun, ils sont aussi traversés par plusieurs points de convergence, qui apparaissent peut-être tout particulièrement dans le rapport à la dimension pluriethnique.

À ce chapitre, l'un des premiers faits marquants de l'étude réside dans le fait que lorsqu'on dit «*ethnicité*», tous pensent spontanément à l'ethnicité des usagers et jamais, a priori, à celle de l'infirmière. Et le premier réflexe peut se résumer en ces termes : «*il n'y a pas de problèmes : nos infirmières ne font pas de discrimination*». Il est clair, pour les responsables rencontrés, qu'une infirmière porteuse de préjugés et de stéréotypes plus ou moins racistes n'aurait tout simplement pas travaillé ou bien ne resterait pas dans un milieu où ses collègues aussi bien que les usagers peuvent être de différentes origines. Et s'il advenait qu'une infirmière fasse preuve d'une attitude raciste envers un

usager, cette attitude appellerait systématiquement des sanctions soutenues par les règles d'éthique professionnelle et la Charte des droits humains. L'identité professionnelle de l'infirmière semblerait donc, selon les données recueillies auprès des cadres, primer nettement sur toute autre dimension.

La question de la discrimination ethnique et du racisme à l'égard d'une infirmière est, en revanche, beaucoup moins tranchée même si bien souvent on a du mal à le reconnaître et à l'identifier de prime abord que l'on soit en CLSC, en agence ou en association. Quoique plusieurs en parle comme d'événements appartenant à un passé maintenant réglé, dont on ne garde que de vagues souvenirs, d'autres conviennent que «*ça arrive*» qu'un usager tienne des propos racistes à l'égard d'une infirmière.

Dans les 13 entreprises, il semble qu'avant tout les personnes responsables de l'encadrement des infirmières vérifieront la possibilité d'explications susceptibles de justifier l'attitude de l'utilisateur (vieillesse, pathologie sévère, traumatismes antérieurs). Si une telle explication est jugée fondée, on procèdera alors au remplacement de l'infirmière. S'il s'avère que l'on a bien affaire à du racisme de la part de l'utilisateur, trois positions apparaissent :