



**CANADIAN NURSES ASSOCIATION
ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA**

Les indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada

Rapport de l'atelier

**présenté à :
Conseil canadien d'agrément des services de santé**

**Par :
Graham S. Lowe
University of Alberta**

**Date :
3 juin 2002**

Sommaire

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a convoqué un atelier national à Ottawa en avril 2002 afin de créer des indicateurs de la qualité de vie au travail pour les infirmières du Canada. Au cours de l'atelier fondé sur la collaboration et la consensualisation, les participants ont cherché activement à définir une série de huit indicateurs de la qualité de vie au travail (IQVT) qui feront une différence quantifiable pour les infirmières professionnelles (réglementées). L'atelier a recommandé principalement d'intégrer ces indicateurs à ceux que le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) a prévus dans son programme Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation (MIRE) de 2004, qui sert à l'agrément des organisations de soins de santé au Canada.

Expert canadien des indicateurs de la vie au travail, M. Graham S. Lowe a animé cet atelier d'une journée et demie. Les participants représentaient les organisations professionnelles du secteur des soins infirmiers d'un bout à l'autre du Canada : le Bureau de la politique sur les soins infirmiers de Santé Canada, le CCASS, des infirmières dirigeantes, des associations d'infirmières autorisées de six provinces, des infirmières chercheuses, des syndicats d'infirmières, des employeurs du secteur de la santé, l'AIIC, le domaine de l'informatique infirmière, des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières praticiennes. L'AIIC s'est engagée à collaborer de près avec les autres commanditaires de l'atelier, le Bureau de la politique sur les soins infirmiers de Santé Canada et le CCASS, ainsi qu'avec d'autres groupes d'intervenants, pour donner suite aux recommandations.

Les participants ont souligné qu'il était urgent de faire progresser le programme de la qualité de vie au travail des infirmières. L'enjeu dépasse de loin le simple milieu de travail de chaque infirmière. Les enjeux abordés au cours de l'atelier jouent en fait un rôle pivot dans l'objectif plus général des politiques publiques, qui est de créer un système de santé rentable qui dispense aux clients des soins d'excellente qualité.

À partir d'une liste de 32 indicateurs suggérés, les participants ont choisi les huit indicateurs suivants :

- étendue des responsabilités (nombre moyen de personnes relevant directement de chaque infirmière cadre);
- leadership (infirmière principale occupant un poste de haut niveau et responsable d'un budget);
- heures supplémentaires (% d'heures travaillées par le personnel infirmier qui sont des heures supplémentaires);
- ratios entre le personnel à plein temps, à temps partiel et occasionnel (% d'heures travaillées par les infirmières à plein temps, à temps partiel et occasionnelles, selon les rapports annuels);
- Autonomie/champ de pratique (% d'infirmières ayant répondu lors d'une enquête auprès du personnel qu'elles maîtrisent bien leur pratique professionnelle);
- Possibilités de perfectionnement professionnel (% d'infirmières participant à un stage de formation interne et à des programmes de formation à l'extérieur, avec la durée moyenne de chaque formation (en nombre d'heures), selon les rapports annuels);

- absentéisme (nombre moyen de jours d'absence par infirmière, selon les rapports annuels, OU taux d'absentéisme en % du nombre total d'heures travaillées par les infirmières);
- griefs (nombre total de griefs non réglés).

L'atelier a fait progresser considérablement l'engagement des milieux infirmiers du Canada envers l'amélioration de la vie au travail des infirmières professionnelles. Il a permis d'effectuer des progrès importants dans l'élaboration d'un cadre intégré d'indicateurs qui garantiront un milieu de travail de grande qualité aux infirmières et des résultats optimaux pour les clients. Les recommandations issues de l'atelier ont été formulées par un groupe généralement représentatif des milieux infirmiers du Canada. Le processus de consensualisation de l'atelier valide donc solidement la pertinence des dimensions et des indicateurs spécifiques à la qualité de vie au travail.

Des conférences nationales à venir sur les soins infirmiers et les services de santé permettront de mobiliser des appuis et de faire avancer le programme. Les étapes à venir pourront inclure la production d'un rapport qui visera à informer les infirmières professionnelles et les employeurs au sujet de l'importance d'appliquer les principes de l'amélioration de la qualité de vie au travail. Plusieurs participants ont aussi demandé la tenue d'un Sommet national des soins infirmiers afin d'étudier les enjeux liés à la qualité de vie au travail.

Des milieux des infirmières professionnelles réglementées du Canada ont formulé une vision du milieu idéal d'exercice de la profession pour guider l'avenir. Avec cette vision phare, l'amélioration graduelle des milieux de travail des infirmières ne semblera peut-être pas aussi intimidante. Les infirmières, les organisations de services de santé et les clients bénéficieront tous des progrès réalisés dans ce domaine.

Objectifs de l'atelier

Les 23 et 24 avril 2002, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a organisé à Ottawa un atelier national pour élaborer des indicateurs de la qualité de vie au travail, ou IQVT, à l'intention des infirmières exerçant au Canada. Au terme d'un processus collectif, dynamique et consensuel, les participants se sont efforcés d'établir un ensemble d'IQVT pratiques qui se traduisent par des différences mesurables dans la vie des infirmières autorisées. Leur principale recommandation a été d'intégrer ces indicateurs à ceux prévus par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) dans son programme MIRE (Mesures implantées pour le renouveau de l'évaluation), en vue de leur utilisation pour l'agrément des établissements de santé.

L'atelier a permis à l'AIIC et à la profession de franchir un grand pas dans l'amélioration de la vie professionnelle des infirmières. Il a permis de progresser sensiblement dans l'élaboration d'un ensemble complet d'indicateurs dans le but de garantir aux infirmières de bonnes conditions de travail et au client le meilleur résultat possible. Les recommandations qui suivent ont été formulées par un groupe globalement représentatif de la profession infirmière au Canada (voir l'annexe 1 pour la liste des participants). Le consensus qui en est ressorti a largement confirmé l'intérêt d'indicateurs propres à la qualité de vie au travail. L'AIIC s'est engagée à collaborer étroitement avec les co-organisateurs de l'atelier - le Bureau de la politique sur les soins infirmiers de Santé Canada et le CCASS - ainsi qu'avec d'autres intervenants pour mettre ces recommandations à exécution.

Avant tout, les participants à l'atelier ont souligné la nécessité d'avancer rapidement sur la question de la qualité de vie des infirmières au travail. Cette question va bien au-delà du cadre professionnel de chaque infirmière. En effet, les problèmes soulevés occupent une place centrale dans l'objectif de politique générale qui est de créer un système de santé rentable et capable de procurer à la clientèle des soins d'excellente qualité.

Recherche d'un consensus

Les participants à l'atelier représentaient des organismes nationaux de la profession, des syndicats d'infirmières, les associations d'infirmières de six provinces, les infirmières cadres, le Bureau de la politique sur les soins infirmiers de Santé Canada, le CCASS, les chercheurs de la profession, les infirmières spécialisées en informatique, les infirmières autorisées en exercice, les infirmières auxiliaires et les employeurs du secteur de la santé. Les participants ont mis en commun leurs expériences et connaissances au cours de débats animés structurés de manière à produire un consensus sur les principales recommandations. Ce processus est résumé dans l'encadré qui suit.

Pendant les débats a également été reconnue l'interaction complexe de facteurs organisationnels et individuels qui influent sur la qualité de vie au travail. Les participants ont considéré que cet élément doit être pris en compte chaque fois que l'on utilise les indicateurs pour améliorer les conditions de travail.

Fondements de l'atelier

Cet atelier s'est inspiré largement des travaux de nombreux organismes et chercheurs. Les participants avaient eu, entre autres documents de base, celui publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et intitulé *Engagements et soins: les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, les patients et le système*.¹ L'AIC a produit une synthèse de l'état actuel de la recherche et de la pratique en matière d'IQVT.² Par ailleurs, des chercheurs de l'Université de Toronto, à l'Unité de recherche sur l'efficacité, l'usage et l'utilité des services infirmiers, ont brossé un tableau de la qualité et de la disponibilité des données existant sur la question.

D'autres communications ont fait état d'initiatives complémentaires menées aux quatre coins du pays. La Registered Nurses Association of British Columbia et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, par exemple, ont mis sur pied des programmes de consultation sur les normes de pratique dans un environnement de qualité qui comportent les volets suivants : maîtrise de la charge de travail, perfectionnement professionnel, leadership infirmier, gestion de la pratique et soutien administratif. En Saskatchewan, la Commission provinciale d'études sur l'utilisation des services de santé a recommandé de donner plus de pouvoirs aux unités de travail locales et a souligné la nécessité d'un suivi du degré de satisfaction professionnelle, du taux des maladies et accidents du travail, et des moyens mis à la disposition des unités locales. Les hôpitaux de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick utilisent divers outils pour mesurer la charge de travail de leurs infirmières. En avril 2002, l'Ontario a rendu obligatoires les relevés d'arrêts-maladie et d'heures supplémentaires. La Nouvelle-Écosse et le Manitoba soutiennent aussi les initiatives en cours pour améliorer le cadre de pratique des infirmières. Au niveau national, le Conseil consultatif canadien sur les soins infirmiers prépare un rapport sur les améliorations à apporter au milieu d'exercice, notamment en ce qui concerne la charge de travail.

Toutes ces informations ont conduit beaucoup de participants à se demander si l'on ne se trouve pas à un tournant de l'étude de cette question qu'est la qualité de vie au travail des infirmières. « Nous sommes à la veille d'un grand bouleversement », a déclaré l'un d'eux. Cet optimisme s'explique en partie par deux initiatives de grande envergure qui ont servi de cadre à l'atelier : le travail continu de l'AIC sur la qualité du milieu de pratique professionnelle, et l'engagement pris par le CCASS d'inclure à son programme d'agrément de 2004 des indicateurs sur la qualité de vie au travail.

Les participants à l'atelier ont abouti aux recommandations indiquées :

- *en s'informant mutuellement des initiatives en cours concernant la vie au travail ;*
- *en évaluant les données disponibles ;*
- *en s'entendant sur les critères à utiliser pour sélectionner les IQVT ;*
- *en parvenant à un consensus sur les principaux indicateurs ;*
- *en définissant les principes devant régir l'application des IQVT ;*
- *en élaborant des stratégies pour que les IQVT soient utilisés de manière à améliorer continuellement le milieu de pratique des infirmières.*

¹ Baumann, A., O'Brien-Pallas, L. et al. (2001). *Engagements et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, les patients et le système*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

² Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002). *Workshop on Worklife Indicators for Nurses in Canada. Background Paper*. Ottawa : auteur.

Initiative de l'AIC pour un milieu de travail de qualité

L'énoncé de politique de l'AIC sur la qualité du milieu de pratique des infirmières a tracé la ligne des délibérations de l'atelier.³ Un milieu de pratique de grande qualité représente ce que les infirmières et les patients peuvent souhaiter de mieux. Dans son énoncé de politique daté de 2001, l'AIC affirme qu'un milieu de pratique infirmière de qualité « [...] répond aux besoins et aux buts de chaque infirmière tout en aidant le patient ou le client à atteindre ses propres buts dans le domaine de la santé, dans le contexte des coûts et du cadre de qualité imposé par l'organisation où les soins sont dispensés. »

L'énoncé de politique comporte une liste des éléments au regard desquels les acteurs du secteur de la santé ont une responsabilité :

- les dotations en personnel doivent être basées sur des données probantes, pour que la composition des équipes soignantes et le nombre de postes permettent d'obtenir de bons résultats chez les clients, avec la participation directe d'infirmières ;
- les infirmières de tous les échelons doivent pouvoir participer aux décisions qui influent sur la pratique de leur métier, les soins dispensés ou le milieu de travail ;
- des politiques doivent être adoptées pour promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être des infirmières ;
- un soutien doit être apporté aux infirmières pour qu'elles prennent des décisions fondées sur des données probantes.

Ces conditions ont un lien avec la satisfaction au travail, la productivité, le recrutement et le maintien en poste, la qualité des soins et les résultats qu'ils produisent.

Mais les débats ont aussi été l'occasion de rappeler la dure réalité : beaucoup d'établissements de santé ont atteint la limite de leurs capacités et songent surtout à éviter une crise imminente. De telles conditions n'aident pas à réunir toutes les ressources et l'aide nécessaires pour améliorer la qualité du milieu de pratique des infirmières, ou d'autres professionnels de la santé. Selon l'AIC et ses partenaires, l'idéal serait que les IQVT recommandés permettent aux établissements de s'attaquer avec plus d'efficacité et d'efficacités aux causes premières d'une mauvaise qualité de vie au travail, et d'obtenir des améliorations concrètes.

Programme du CCASS

Si l'atelier a été organisé sur la base des travaux réalisés antérieurement par l'AIC, ses membres affiliés, des organismes associés et des chercheurs, le Conseil canadien d'agrément des services de santé, quant à lui, a inscrit le débat dans un cadre clairement défini. Les recommandations formulées s'adressent d'ailleurs au CCASS. Pendant leurs discussions, les participants avaient à l'esprit l'historique, les principes et les objectifs du programme MIRE, et ils se sont surtout demandé comment y intégrer les IQVT pour les infirmières.⁴

³ Association des infirmières et infirmiers du Canada (2001). Énoncé de politique : *Des milieux de travail de qualité pour les infirmières*. Ottawa : auteur.

⁴ Pour plus de détails sur le programme d'agrément MIRE, voir le site web du CCASS : www.cchsa.ca.

Le CCASS se voue à promouvoir l'excellence dans les services de santé et un usage efficient des ressources dans les établissements de santé canadiens. Les indicateurs de son programme d'agrément ne se limitent pas aux infirmières, mais ils mettent en lumière la nécessité de mettre à profit les recherches et l'expérience de la profession infirmière pour établir des passerelles avec d'autres professions de la santé, pour améliorer les conditions dans lesquelles exerce l'ensemble du personnel soignant. L'agrément, qui résulte d'une comparaison des pratiques d'un établissement avec les normes nationales, comporte une auto-évaluation et une analyse indépendante.

L'agrément repose sur le principe d'une amélioration continue de la qualité. Le travail d'analyse est censé produire des recommandations qui aident un établissement à remédier à ses points faibles tout en conservant ses points forts. Les normes MIRE sont centrées sur le client, évoluent avec les milieux de pratique, ont pour optique la santé de la population, et accordent une grande part à l'activité de mesure et aux résultats. Le programme MIRE sert de base aux plans d'amélioration de la qualité en place dans certains établissements. Les indicateurs sont utilisés pour contrôler, évaluer et améliorer les soins dispensés, les services de soutien et les procédures administratives qui influent sur l'issue des soins.

Il était aussi important pour les participants de savoir que, selon le processus d'agrément du CCASS, la qualité se définit en quatre dimensions : compétences, réactivité, place apportée au client et à la collectivité, et vie au travail. Au sens de l'AIM, la vie au travail se conçoit comme suit : « L'établissement favorise un climat de travail propice à l'excellence des prestations, à la pleine participation, à l'épanouissement personnel et professionnel, à la santé, au bien-être et à la satisfaction du personnel. »⁵ [traduction] Les déterminants d'une vie professionnelle satisfaisante incluent la transparence, des rôles clairement définis, la participation aux décisions, un milieu enrichissant et le bien-être de chaque membre du personnel.

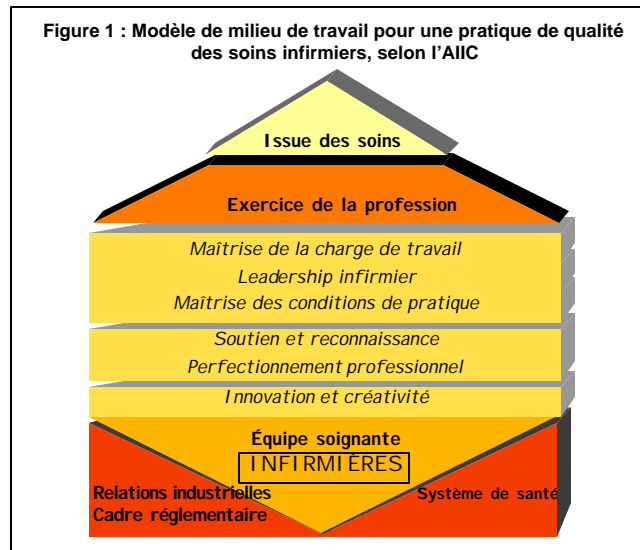
Les établissements sont encouragés à utiliser leurs propres indicateurs, étant entendu que ces derniers s'inscrivent dans un processus d'amélioration continu. En même temps, ils sont encouragés à imaginer des indicateurs qui puissent être liés au programme MIRE. C'est d'autant plus important pour l'élaboration et l'utilisation des IQVT qu'il s'agit d'un domaine où des problèmes de mesure sont toujours à régler, de nouvelles normes sont toujours à créer, et une bonne partie de l'analyse des rapports de causalité reste à accomplir.

Indicateurs recommandés de la qualité de vie au travail

Les participants ont mis en lumière l'utilité d'un modèle qui aide à repérer les liens de causalité éventuels et qui donne une vision globale de la façon dont la question de la qualité de vie au travail relève du système de santé dans son ensemble. Le modèle de milieu de pratique de qualité imaginé par l'AIIC a servi de point de départ (figure 1).⁶

⁵ Conseil canadien d'agrément des services de santé. *The Dimensions of Quality: CCHSA's Definition of Quality*. Ottawa : auteur, p. 4.

⁶ Extrait de la communication donnée par l'AIIC en 2001 « Quality Professional Practice Environments. CNA Framework for Action ».



Ce modèle, fruit d'un cumul de recherches, caractérise un bon milieu de travail par six attributs (voir au centre de la figure 1) favorables à un haut niveau de professionnalisme et propices, par répercussion, à des soins efficaces pour le client. Les recommandations de l'atelier obéissent à la même logique. Simultanément, les participants ont tenu compte des descripteurs de la vie au travail en vigueur au CCASS.

La figure 2 montre les rapports existant entre l'approche de l'AIC et celle du CCASS, et les principaux IQVT recommandés par l'atelier. On observe des points de convergence manifestes, mais il faudra étudier de plus près les différences constatées. L'atelier a également mis en lumière deux nouveaux facteurs qui nuisent au bon fonctionnement du système : l'absentéisme et la multiplication des griefs. Au moment de choisir des indicateurs clés, les participants à l'atelier ont été particulièrement sensibles au problème posé par la disponibilité et la qualité des données. Finalement, ils ont admis que ces IQVT particuliers permettent, comme l'a dit un chercheur, « une mesure brute des bons éléments en jeu ».

Figure 2 : Comparaison entre les attributs d'un bon cadre de travail selon l'AIC, les descripteurs de la vie au travail selon le CCASS, et les indicateurs de la qualité de vie au travail recommandés par l'atelier

Attributs d'un bon cadre de travail selon l'AIC	Descripteurs de la vie au travail selon le CCASS	Indicateurs clés recommandés par l'atelier
Maîtrise de la charge de travail		Heures supplémentaires Rapport entre personnel à temps plein/temps partiel, occasionnel
Leadership		Étendue des responsabilités Leadership
Maîtrise de la pratique	Participation aux décisions Clarté des rôles	Autonomie/Champ de pratique
Soutien et reconnaissance sur le lieu de travail	Bien-être	
Systèmes de perfectionnement professionnel	Environnement enrichissant	Possibilités de perfectionnement professionnel
Innovation et créativité	Transparence	
		Conséquences : absentéisme, griefs

Comment les participants sont-ils parvenus à cette courte liste d'IQVT ? Ils se sont appuyés sur une masse importante d'informations de base et sur leur propre expérience pour dresser une liste (voir l'encadré) de tous les indicateurs intéressants de la qualité de vie au travail utilisés dans la recherche, en politique et dans la pratique par la profession infirmière.

Ils ont ensuite préparé un ensemble de critères (voir l'encadré à la page suivante) pour les guider dans leur choix d'indicateurs prioritaires à inclure dans le programme MIRE révisé. Par ailleurs, ils ont approuvé l'idée d'y intégrer d'autres SIQVT à différents moments, à mesure que de nouvelles données deviendraient disponibles.

Par conséquent, les indicateurs recommandés constituent un menu qui encourage les établissements à s'adapter du mieux qu'ils peuvent, à tirer parti de l'expérience et à concevoir des outils de mesure plus rigoureux. L'atelier a également reconnu la nécessité de mettre dans la balance les indicateurs propres à telle ou telle situation locale et des éléments de référence nationaux sur lesquels un établissement puisse se baser pour juger du degré d'amélioration des conditions de travail.

Ensuite, les participants ont établi un ordre de priorité parmi les indicateurs suggérés, lesquels se sont réduits à cinq aspects ou « groupes » de facteurs de la qualité de vie au travail : leadership et culture, maîtrise de la charge de travail, maîtrise de la pratique, adéquation des ressources, et résultats constatés par les individus et les établissements. Ce travail a permis de structurer les indicateurs retenus. Puis l'atelier s'est servi des critères de choix pour définir huit indicateurs à inclure au programme MIRE en 2004. Les 11 indicateurs restants ont besoin d'être approfondis, ou pourraient être utilisés par les établissements éventuels en cours d'agrément.

Indicateurs suggérés:

- Absentéisme
- Maîtrise de la pratique
- Soutiens apportés au personnel (programmes d'aide aux employés, etc.)
- Pouvoirs accrus des unités locales
- Taux d'erreurs
- Horaires flexibles
- Alimentation/vie saine
- Rapport temps plein/temps partiel
- Influence sur les décisions
- Taux des accidents/maladies
- Satisfaction professionnelle/stress
- Relations de travail
- Leadership
- Structure administrative
- Soutien administratif
- Heures supplémentaires
- Places de stationnement, sécurité
- Compétence des collègues
- Collègues fiables pour des remplacements
- Perfectionnement professionnel
- Résultats d'enquêtes sur la qualité des milieux de pratique (ONA)
- Participation à la gouvernance
- Champ de pratique
- Assortiment d'habiletés
- Liberté d'action
- Fournitures et matériel
- Roulement
- Valeur / respect
- Protection des dénonciateurs
- Répartition du travail
- Équilibre entre travail et vie personnelle
- Charge de travail

Principaux indicateurs de la qualité de vie au travail

Un trouvera ci-dessous un résumé des discussions de l'atelier sur les indicateurs clés. Les débats ont été dominés par le besoin, de concevoir des outils de mesure et des procédures de déclaration normalisés pour ces indicateurs. L'élaboration des IQVT doit donc être considérée comme un processus évolutif guidé par la mise en commun des connaissances acquises et le souci d'une amélioration continue. Les participants se sont aussi interrogés sur la façon d'utiliser les données des indicateurs, tous voulant s'assurer que les IQVT jouent un rôle catalyseur.

D'autres inconvénients importants ont été relevés à propos d'indicateurs précis. Par exemple :

Critères de choix des indicateurs :

- S'intègrent à un modèle qui fait le lien entre la qualité de vie au travail de l'infirmière et les résultats escomptés pour le patient et l'unité de soins.
- Sont fondés sur les données probantes et contribuent à des travaux de recherche futurs.
- Sont utiles à l'ensemble des groupes réglementés d'infirmières, des unités de soins, des secteurs et des régions.
- Ont un sens pour chacun des infirmières et des clients.
- Sont révélateurs des points forts et des faiblesses des établissements.
- S'intègrent à un système de dépistage national (comme celui de l'ICIS).
- Peuvent être étendus à d'autres professions de la santé.
- Incluent la disponibilité des données, leur qualité, ainsi que le coût de leur consultation et de leur traitement.

- Tandis que la plupart des systèmes d'information de gestion permettent de tenir un registre des *griefs exprimés*, certains griefs peuvent toutefois être passés sous silence lorsqu'ils sont déposés par un syndicat au nom de plusieurs membres et qu'ils sont comptabilisés comme une seule et même réclamation.
- La méthode classique de mesure de *l'étendue des responsabilités* est de calculer le rapport entre le nombre d'infirmières cadres et celui des infirmières soignantes. Cependant, les infirmières de première ligne ont de plus en plus besoin d'être guidées et encadrées. L'étendue des responsabilités constitue, sur ce point, un outil d'évaluation trop imprécis, dont l'utilité est encore réduite par le recours croissant à des questionnaires extérieurs à la profession infirmière et incapables de prodiguer de bons conseils aux infirmières.
- Concernant les *heures supplémentaires*, seules les heures supplémentaires payées sont habituellement prises en compte, même s'il ressort de l'enquête de Statistique Canada sur la main-d'œuvre que, dans beaucoup de professions dont la profession infirmière, le personnel fait également des heures supplémentaires non rémunérées. Là encore, la réalité est sous-estimée.
- Enfin, le *perfectionnement professionnel* présente un inconvénient : l'alourdissement de la charge de travail, lorsque des employés en formation ne sont pas remplacés.

Les participants se sont particulièrement penchés sur deux indicateurs, et absentéisme l'autonomie/champ de pratique. Il est intéressant de rappeler rapidement les principaux points qu'ils ont abordés pour souligner la nécessité d'outils de mesure significatifs, fiables et normalisés, utilisables dans diverses conditions à l'échelle locale ou nationale.

Autonomie / champ de pratique : L'autonomie et le champ de pratique sont liés. L'autonomie, qui veut dire que l'individu dispose d'une liberté, d'une indépendance et d'une marge de manœuvre importantes au travail, signifie également qu'il est tenu responsable des résultats de son travail. Dans un document de travail de l'AIIC daté de mars 2002, le champ de pratique est défini comme « l'éventail des rôles, fonctions, responsabilités et activités pour lesquels les membres d'une discipline ont été formés et qu'ils ont le droit d'exécuter ». ⁷ Pour comprendre ce qu'est le champ de pratique, il est capital de bien saisir le rapport existant entre le milieu des soins, les caractéristiques du client, et les connaissances et compétences de l'infirmière.

La question est donc de savoir dans quelle mesure les infirmières peuvent exercer régulièrement leur autonomie dans la pratique. C'est une question essentielle car on sait bien que le champ de pratique est lié à la satisfaction au travail, à l'utilisation des habiletés et à la rentabilité des investissements de la formation et du perfectionnement. Par conséquent, un suivi des indicateurs de l'autonomie et du champ de pratique devrait permettre aux fournisseurs de services de santé d'améliorer leur rentabilité et leur productivité.

Absentéisme : L'Enquête nationale de Statistique Canada sur la population active montre que la profession infirmière affiche les plus hauts taux d'absentéisme. ⁸ C'est un indicateur retardé, ce qui témoigne des répercussions cumulées de divers problèmes enregistrés sur le lieu de travail. L'absentéisme, lui aussi très lié au taux de roulement, permet donc d'être avisé très tôt des difficultés concernant le maintien de l'effectif. S'attaquer à ces causes premières contribuerait sensiblement à améliorer la qualité de vie des infirmières ainsi que l'efficacité et la rentabilité générales du système de santé. Autrement dit, les pouvoirs publics devraient s'occuper de toute urgence de l'absentéisme très important enregistré chez les infirmières.

Le suivi de l'absentéisme n'est pas une tâche particulièrement simple. Tous les hôpitaux et la plupart des autres établissements de santé détiennent des données sur l'absentéisme, sans toutefois en posséder une définition commune. Plusieurs participants à l'atelier ont demandé que les chiffres sur l'absentéisme soient obligatoirement transmis à l'Institut canadien de recherche sur la santé, ce qui exigerait des normes de mesures nationales. S'engager dans cette direction exigerait une évaluation multidimensionnelle de l'absentéisme. Il est logique, par exemple, de distinguer les invalidités de courte durée et celles de longue durée (très coûteuse pour les programmes de prestations de santé complémentaires), les absences imputables à un accident (qui influent sur les indemnités pour accident de travail des travailleurs), et les absences pour raisons familiales (qui annoncent la nécessité de programmes d'équilibrage entre le travail et la vie personnelle). Le minimum serait de suivre l'évolution des taux d'absentéisme par unité de travail au fil du temps pour repérer les causes qui sont propres aux conditions de travail existant dans différents types d'unités de soins infirmiers.

⁷ Association des infirmières et infirmiers du Canada (mars 2002). Ébauche du document *Discussion Paper: The Unique Contributions of the Professional Nurse*. Ottawa : auteur.

⁸ Statistique Canada (2001). *Enquête sur la population active, fichier de microdonnées*.

Les participants à l'atelier ont formulé d'autres mises en garde au sujet de l'absentéisme. Quelles que soient leurs causes, les absences peuvent ajouter à la charge de travail et au stress des collègues faute de remplaçants qualifiés. Par ailleurs, il peut arriver que des employés malades viennent travailler même s'il vaudrait mieux, pour eux-mêmes, leurs collègues et leurs clients, qu'ils restent à la maison pour se soigner. Enfin, plusieurs participants ont dit craindre que des employeurs prennent prétexte des chiffres de l'absentéisme pour instaurer des programmes de « gestion des absences ». Les causes profondes du problème n'en seraient pas pour autant réduites.

Figure 3 : Indicateurs de la qualité de vie au travail recommandés par l'atelier

Dimensions des IQVT	IQVT clés pour le programme MIRE de 2004	Autres IQVT à considérer pour une amélioration de MIRE
Leadership et culture	<ul style="list-style-type: none"> • Étendue des responsabilités • Leadership 	<ul style="list-style-type: none"> • Valeur et respect • Influence sur les décisions
Maîtrise de la charge de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Heures supplémentaires • Rapports entre personnel à temps plein/à temps partiel/occasionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Charge de travail • Compétence des collègues
Maîtrise de la pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie / champ de pratique 	
Adéquation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilités de perfectionnement professionnel 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournitures et matériel
Résultats pour l'établissement et les individus	<ul style="list-style-type: none"> • Absentéisme • Griefs 	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfaction au travail • Stress • Équilibre entre travail et vie personnelle • Initiatives menées conjointement par la direction, les syndicats et les associations professionnelles • Taux de roulement • Taux d'erreurs

Mesure des indicateurs

Les dimensions susmentionnées et les indicateurs associés fournissent une orientation pour la mesure effective de la qualité de vie au travail (voir la figure 3). Chaque indicateur se prête à diverses mesures possibles. Globalement, les chercheurs ont convenu qu'il n'existait aucune panacée à cet égard. En conséquence, l'atelier a préféré proposer les outils de mesure de la qualité qui lui semblaient les plus pratiques tout en admettant que certains établissements puissent juger plus approprié d'utiliser leurs propres outils.

On trouvera à l'annexe 2 une liste d'outils de mesure pouvant être employés par rapport aux huit IQVT devant être inclus au programme MIRE de 2004. Il s'y ajoute des outils de mesure que l'atelier a jugé intéressant de proposer pour d'autres IQVT de première importance et, si possible, d'intégrer au système d'agrément du CCASS.

Pour le programme MIRE 2004, six des huit indicateurs recommandés peuvent être mesurés à l'aide de données administratives très facilement accessibles, du moins dans les grands établissements. Il sera peut-être moins aisé, pour les petits établissements, de fournir des renseignements précis. Les mesures pour lesquelles on ne peut encore compter sur des données administratives courantes pourront être obtenues au moyen d'une enquête annuelle effectuée auprès du personnel, où l'on demandera aux infirmières de voir dans quelle mesure elles ont la maîtrise de leur pratique professionnelle (certains outils en vigueur, comme le *QPASS*⁹ décrit ci-après, intègrent ce type de mesure).

En revanche, la plupart des 11 outils de mesure recensés à l'annexe 2 dans la colonne droite - c'est-à-dire les indicateurs que l'atelier a recommandé de perfectionner, ou d'utiliser s'ils étaient prêts - exigeraient d'effectuer des enquêtes auprès du personnel pour recueillir des données. Un libellé est proposé pour plusieurs questions ainsi qu'une échelle de notation (échelle Likert de cinq ou sept points du type « d'accord-pas d'accord », par exemple). Naturellement, d'autres instruments de mesure peuvent déjà avoir fait leurs preuves dans des enquêtes réalisées auprès du personnel, comme l'enquête sur les conditions de travail des infirmières en milieu hospitalier de cinq pays.⁹ L'idéal serait que les données administratives soient communiquées tous les mois, mais on pourra se contenter d'un récapitulatif annuel au minimum. Il est aussi recommandé d'analyser les tendances sur plusieurs années en arrière. Une ventilation des données par groupe professionnel et unité de travail aiderait sensiblement à dépister les points forts et les faiblesses d'un établissement par rapport à la qualité de vie au travail. Presque tous les outils de mesure indiqués à l'annexe 2 pourraient être employés directement, ou adaptés à d'autres groupes professionnels moyennant des modifications légères.

Utilisation des indicateurs

L'évolution des IQVT doit être guidée par les principes de responsabilité, de visibilité et d'apprentissage continu. Les établissements en voie d'agrément doivent se tenir responsables du contrôle et de l'enregistrement des progrès accomplis à l'égard de divers aspects du milieu de travail. Cela exige l'affirmation de la volonté de créer un cadre de travail de grande qualité. Les IQVT doivent aussi être visibles, ce qui demande de la transparence pour qu'ils soient utilisés du mieux possible. Il est impératif que les données soient mises à la disposition des intéressés et que les résultats des études soient largement diffusés pour permettre un règlement collectif des problèmes.

En même temps, pour les participants à l'atelier, il faut aussi veiller à ne pas « réinventer la roue » inutilement. Pour ne pas se retrouver avec des indicateurs faisant double emploi, tous les acteurs en jeu se doivent de collaborer et de partager leurs expériences lorsqu'ils se penchent sur

⁹ Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.

la question de la qualité de vie des infirmières au travail. Les participants ont reconnu que plusieurs initiatives intéressantes étaient déjà en cours, et qu’ont encouragé les établissements de santé à les mettre pleinement à profit. D’où l’idée d’un « menu » qui permettrait aux établissements d’utiliser parmi les données disponibles les plus utiles pour quantifier un indicateur.

Un exemple instructif est celui de L’excellence en milieu de travail : un objective commun^{MD} mis sur pied par l’Ordre des infirmières et infirmiers de l’Ontario. L’outil de mesure de la qualité dit Sondage sur la qualité des milieux de travail^{MD}, élaboré en collaboration avec l’Université McMaster (Unité de recherche sur l’efficacité, l’usage et l’utilité des services infirmiers), fait l’objet d’une large utilisation dans tous les domaines des soins de santé depuis cinq ans. Il permet de consigner les résultats au niveau de l’établissement et du système. Les établissements peuvent se servir des chiffres produits par le *QPaSS*[®] pour, dans un premier temps, mesurer et suivre les progrès accomplis sous les aspects suivants : autonomie et maîtrise du travail, leadership et style de gestion, accès aux équipements de travail, possibilités de perfectionnement professionnel, communication, et processus de prestation des soins. Il serait bon de vérifier quel usage les établissements font effectivement des chiffres produits par le *QPaSS*[®] dans l’application du programme d’agrément du CCASS.

Le *QPaSS*[®] est actuellement utilisé en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et Ontario. Ces provinces, qui représentent l’ouest, le centre et l’est du Canada, sont parfaitement en mesure de recueillir et communiquer des « données assimilées » en employant le même instrument, dont la fiabilité et la valeur ne sont plus à prouver. Des données cumulatives « nationales » de ce type, concernant les éléments du système favorables ou défavorables à de bonnes conditions d’exercice de la profession, pourraient compléter avantageusement le tableau de la pratique infirmière au pays.

Les participants ont signalé que des services de santé recourent aussi à d’autres outils que le *QPaSS*[®], créés au Canada. Plus précisément, dans son système, Santé Canada a prévu une enquête auprès des employés axée sur la qualité du cadre de travail.¹⁰ L’Institut national de la qualité s’est aussi doté d’un outil d’évaluation des milieux de travail dans le cadre de son programme national d’attribution de distinctions.¹¹ En fait, on pourrait adapter facilement aux établissements de santé les résultats de nombreuses recherches sur les avantages, pour le personnel et la productivité au travail, de modèles de promotion de la santé et d’organisation d’entreprise. À cause de la diversité des optiques suivies en matière de mesure, il sera important de coordonner et, si possible, d’intégrer ces initiatives.

L’Association canadienne des soins de santé, qui s’intéresse aussi de très près à la qualité de vie au travail, se montre de plus en plus active dans ce domaine. Elle a pris l’engagement de faire faire des évaluations du rendement et de viser à la qualité, premier pas vers le règlement des problèmes posés par les conditions de travail. Les participants à l’atelier ont exprimé l’espoir que les IQVT qu’ils recommandaient faciliteraient le travail de planification des ressources humaines du secteur de la santé. Les établissements de santé pourront aussi proposer une collaboration

¹⁰ Pour plus de renseignements, voir le site web du Système de promotion de la santé en milieu de travail de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sai/travail/ressources.htm>

¹¹ Voir le site web de l’Institut national de la qualité : www.nqi.ca.

avec les chercheurs pour répertorier les liens existant entre les caractéristiques du cadre de travail, d'une part, et les résultats observés par les établissements et les clients, d'autre part.

Maintenir l'impulsion

Pour qualifier l'effort engagé, les participants ont parlé de « l'art du possible ». Les indicateurs qu'ils ont recommandés au CCASS sont fondés sur un capital de recherche de plus en plus important. Cependant, les outils de mesure effectifs doivent impérativement être perfectionnés, les données étant loin de présenter partout une valeur égale. Pourtant, l'intégration des IQVT aux mécanismes d'agrément des services de santé constitue un grand pas. Ainsi qu'on l'a vu, beaucoup d'initiatives sont engagées simultanément partout au Canada, qui abordent sous des angles différents les besoins et préoccupations relatifs à la qualité de vie des infirmières au travail. De gros efforts sont également accomplis en ce sens aux Etats-Unis, où la Commission mixte d'agrément des établissements de santé s'est engagée à améliorer les conditions de travail du personnel soignant.¹²

Il se pourrait donc bien, comme l'ont fait observer plusieurs participants, que nous soyons à la veille de franchir un grand pas. Pour réussir, il est capital de maintenir cette impulsion. Ainsi que ces discussions l'ont fait clairement ressortir, il n'empêche toutefois que d'autres grandes questions liées à la qualité du milieu de travail des infirmières méritent aussi une attention immédiate.

Au premier rang, la nécessité de soutenir les recherches actuelles pour élaborer des modèles qui montrent les effets directs et indirects du milieu de travail et des méthodes de gestion des ressources humaines sur le fonctionnement des établissements et les résultats des soins. Les preuves de tels liens ne manquent pas, mais une analyse beaucoup plus approfondie est nécessaire pour comprendre ces rapports complexes.

En termes pratiques, il n'est pas inutile de recenser des exemples de lieux de travail de grande qualité et de les faire connaître. Cependant, les participants à l'atelier ont souligné la nécessité de distinguer les « pratiques exemplaires » qui contribuent à améliorer la vie au travail *de toutes les infirmières*. Cette logique diffère de celle fréquemment suivie dans le secteur privé, qui met en concurrence des établissements en quête du titre « d'employeur modèle ». Les pouvoirs publics doivent voir qu'il est dans l'intérêt de la société de relever les normes de qualité partout où l'on dispense des soins de santé. L'esprit de concurrence doit céder la place à un esprit de collaboration. Sinon, on pourrait assister au Canada à une lutte entre des établissements de santé se disputant les mêmes employés, lutte dont le système et la profession infirmière ne tireraient aucun avantage.

¹² Eisenberg, J. M., Bowman, C. C., Foster, N. E. (2001). "Does a healthy health care workplace produce higher-quality care?" *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 27(9), 444-57.

Outre les IQVT, les participants à l'atelier se sont intéressés à la nécessité de protéger les dénonciateurs. Cette question a surgi lorsque les participants ont cherché à définir ce que sont des milieux de pratique de grande qualité qui garantissent des résultats positifs pour les clients. Selon eux, la protection des dénonciateurs est une responsabilité qui doit être partagée entre les établissements, la profession et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Il s'agit d'une politique d'intérêt public de première importance parce qu'une bonne protection exige une loi provinciale ou territoriale. De même, le Code de déontologie de l'AIIC fait obligation à une infirmière de signaler tout ce qui met la sécurité des patients en danger. Au terme d'une longue discussion, les participants ont estimé qu'il conviendrait, dans un premier temps, d'effectuer une analyse juridique de l'efficacité des pratiques existantes. Une politique nationale qui favorise des échanges honnêtes et ouverts de renseignements sur la sécurité des patients est la bienvenue.

Pour maintenir l'impulsion concernant les travaux sur les IQVT, il y aurait peut-être lieu de publier un rapport à l'intention des infirmières professionnelles et de leurs employeurs, conjugué à un programme de communication énergique pour en assurer une large diffusion. Ce serait une façon de situer le contexte de cette initiative, d'en confirmer le bien-fondé et de dire aux infirmières en quoi elles peuvent contribuer, à titre individuel, à l'exécution des objectifs et des directives qui sont fixés aux établissements au regard des IQVT. Le rapport aiderait à sensibiliser les infirmières à la nécessité d'appliquer le principe d'une amélioration de la qualité à leur milieu de travail. Une telle approche témoigne d'un postulat fondamental énoncé à l'atelier : l'élaboration d'indicateurs est un processus ininterrompu qui nécessite des améliorations continues grâce à la participation active de nombreux acteurs en jeu. Stratégiquement parlant, ce rapport pourrait établir en matière d'IQVT des objectifs à court, moyen et long termes.

Tous les participants à l'atelier ont convenu que la création d'IQVT efficaces est un processus évolutif. Des occasions se présenteront de faire avancer les choses au congrès biennal de l'AIIC en juin 2002, à la conférence des registraires des infirmières auxiliaires en septembre 2002, à la deuxième conférence nationale annuelle sur les soins infirmiers en septembre 2002, au congrès biennal de l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada en 2003 et à la conférence de février 2003 sur le leadership infirmier. Plusieurs participants ont aussi demandé la tenue d'un sommet national des soins infirmiers pour réfléchir aux problèmes posés par la qualité de vie au travail. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada profitera de ces initiatives, parmi d'autres, pour continuer d'affirmer avec force son rôle de chef de file. Au-delà de ce qu'un participant a appelé un « appel à l'action », il sera capital d'amener d'autres intervenants à prendre part au processus.

Pour se guider dans l'avenir, le secteur réglementé de la profession infirmière au Canada s'est donné une vision du cadre de pratique idéal. Avec cette vision pour le guider dans ses efforts, l'idée d'une amélioration graduelle des conditions de travail des infirmières semblera peut-être une tâche moins impressionnante qu'à première vue. Les infirmières, les fournisseurs de services de santé et les clients ont tous à gagner de s'engager dans cette direction.

Annexe 1 : Liste des participants à l'atelier

Groupe	Représentant
Santé Canada, Bureau de la politique sur les soins infirmiers	Michael Villeneuve
Conseil canadien d'agrément des services de santé	Elma Heidemann
Académie des infirmières et infirmiers en chef	Diane Stephenson
Alberta Association of Registered Nurses	Donna Hutton
Association canadienne des soins de santé	Ricki Grushcow
Association canadienne des soins de santé	Evelyn Schaller
Association canadienne pour la recherche infirmière	Riek van den Berg Rivie Seaberg
Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada	Ann Mann Verna Holgate
Association des infirmières et infirmiers du Canada	Sharon Niek
Association des infirmières et infirmiers du Canada	Janet Mann
Association des infirmières et infirmiers du Canada	Leslie Patry
Association des infirmières et infirmiers du Canada	Lucille Auffrey
Association des infirmières et infirmiers du Canada	Norma Freeman
Association des infirmières et infirmiers du Canada	Joni Boyd
Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nursing Informatics Association	Lisa Little
Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick	Ruth Rogers
College of Registered Nurses of Manitoba	Marta Crawford
College of Registered Nurses of Nova Scotia	Julie Gregg
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers	Pauline Worsfold
Nursing Practice Resource Group	Pat Thornton
Nursing Practice Resource Group	Janet Carr
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario	Eric Doucette
Registered Nurses Association of British Columbia	Wendy Winslow
Saskatchewan Registered Nurses Association	Donna Brunskill
Université de Toronto, Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit	Linda Lee O'Brien-Pallas Donna Thomson

Annexe 2 : Recommandations de l'atelier concernant les outils de mesure des indicateurs de la qualité de vie au travail

Dimensions et indicateurs	Outils de mesure suggérés pour le programme MIRE 2004	Outils de mesure à créer ou à utiliser lorsqu'il en existe
<p>Leadership et culture</p> <ul style="list-style-type: none"> • Étendue des responsabilités • Leadership • Valeur et respect • Influence sur les décisions 	<ul style="list-style-type: none"> • nombre moyen de membre du personnel se rapportent directement à l'infirmière surveillante • infirmière principale occupant un poste de haut niveau (vice-présidente, par exemple) et responsable d'un budget 	<ul style="list-style-type: none"> • % d'infirmières se situant à l'extrémité positive d'une échelle d'évaluation du type Likert utilisée pour une enquête auprès du personnel. Exemple : « être évalué par votre employeur » ; « être traité avec respect par la direction » ; « une culture d'entreprise qui met en valeur la contribution des infirmières » ; « être traité avec respect par les autres professionnels » ; « être traité avec respect par le personnel non professionnel » • inventaire descriptif des mécanismes officiels de participation du personnel infirmier dans divers domaines : planification stratégique, normes de pratique infirmière, autres questions relatives à la pratique incluant la dotation en personnel, équipes de planification multidisciplinaires (description des attributions, processus de consultation, nombre d'infirmières participantes, fréquence des réunions)
<p>Maîtrise de la charge de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Heures supplémentaires • Utilisation de personnel à plein temps, à temps partiel et occasionnel • Charge de travail • Compétence des collègues 	<ul style="list-style-type: none"> • % d'heures travaillées par le personnel infirmier qui sont des heures supplémentaires • % d'heures travaillées par les infirmières à temps plein, à temps partiel et occasionnelles, selon les rapports annuels 	<ul style="list-style-type: none"> • ratio infirmière/clients ventilé par unité selon les rapports mensuels (de préférence) ou annuels • % d'infirmières se situant à l'extrémité positive d'une échelle d'évaluation du type Likert utilisée pour une enquête auprès du personnel. Exemple : « il existe une bonne adéquation entre les compétences et connaissances de mes collègues infirmières et les besoins des clients »
<p>Maîtrise de la pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autonomie / champ de pratique 	<ul style="list-style-type: none"> • % d'infirmières ayant répondu lors d'une enquête auprès du personnel qu'elles maîtrisent bien leur pratique professionnelle 	

<p>Adéquation des ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Possibilités de perfectionnement professionnel • Fournitures et équipements 	<ul style="list-style-type: none"> • % d'infirmières participant à a) un stage de formation interne et b) à des programmes de formation extérieurs, avec la durée moyenne de chaque formation (en nombre d'heures), selon les rapports annuels 	<ul style="list-style-type: none"> • % d'infirmières ayant indiqué lors d'une enquête annuelle auprès du personnel qu'elles étaient « satisfaites » ou « très satisfaites » a) des fournitures et b) de l'équipement
<p>Résultats pour l'entreprise et les individus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absentéisme • Griefs • Satisfaction professionnelle • Stress • Équilibre entre le travail et la vie personnelle • Initiatives conjointes entre la direction, les syndicats et les associations professionnelles • Taux de roulement • Taux d'erreurs 	<ul style="list-style-type: none"> • nombre moyen de jours d'absence par infirmière, selon les rapports annuels, OU taux d'absentéisme en % du nombre total d'heures travaillées par les infirmières • nombre total de griefs non réglés 	<ul style="list-style-type: none"> • % d'infirmières se situant à l'extrémité positive d'une échelle standard du type Likert utilisée pour une enquête auprès du personnel sur la satisfaction au travail • % d'infirmières s'étant dites « d'accord » ou « très d'accord » avec la déclaration « mon travail est très stressant » lors d'une enquête auprès du personnel • % d'infirmières s'étant dites « d'accord » ou « très d'accord » avec la déclaration « mon travail me permet de faire la balance entre mes responsabilités professionnelles et ma vie familiale ou personnelle » lors d'une enquête auprès du personnel • inventaire descriptif d'initiatives conjointes menées entre la direction et le syndicat, ou entre la direction, le syndicat et les représentants d'associations professionnelles • % d'infirmières ayant démissionné (hors les départs à la retraite), selon les rapports annuels • indicateur standard de l'ICIS concernant le taux d'erreurs et intéressant l'établissement

Notes :

- On entend par « infirmières » le personnel infirmier réglementé.
- Les échelles du type Likert comportent habituellement un choix forcé entre 5 ou 7 options, qui vont, par exemple, de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord ».
- On a pris pour hypothèse que les établissements opteront pour des périodes d'analyse types de 12 mois et fourniront des données rétrospectives sur les tendances.