

Association des infirmières et infirmiers du Canada

*La sécurité du patient – Instauration de la bonne composition
du personnel infirmier*

Rapport de la
séance de réflexion

Le 3 décembre 2003 - Ottawa, Canada



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

Tous droits réservés. On ne peut reproduire, stocker dans un système d'extraction de données ni transcrire, par un moyen (support électronique ou mécanique, photocopieur, enregistrement, etc.) ou sous une forme quelconque, une partie de ce document sans l'assentiment écrit de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2

Mai 2004

Téléphone : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404
Télécopieur : (613) 237-3520
Courriel : pubs@cna-aiic.ca
Site Web : www.cna-aiic.ca

ISBN 1-55119-891-6

Table des matières

Sommaire	1
Avant propos	3
Séance de réflexion : Résumé des exposés et des délibérations	4
Mot de bienvenue	4
Mot d'ouverture	4
Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines et Stratégie sur les ressources humaines de la santé	6
Atelier : Résultats de recherche et défis	8
Une approche systématique pour maximiser les champs d'exercice de la profession infirmière.....	8
Liens entre la dotation en personnel infirmier et les résultats en matière de sécurité du patient : le point sur les données probantes	9
Participante à l'atelier	10
Étude de cas – Utilisation de données probantes pour appuyer les changements de la composition du personnel infirmier	12
Utilisation de données probantes pour appuyer les changements de la composition du personnel infirmier – Partie 1	12
Utilisation de données probantes pour appuyer les changements de la composition du personnel infirmier – Partie 2.....	13
Utilisation de données probantes pour appuyer les changements de la composition du personnel infirmier – Partie 3.....	14
Atelier sur la recherche et discussion générale sur l'étude de cas	15
Atelier : Enjeux et défis en matière de réglementation	16
Enjeux et défis en matière de réglementation.....	16
La réglementation : un contrat social.....	17
Participante à l'atelier sur la réglementation.....	19
Atelier sur la réglementation – Discussion.....	20
Défis et possibilités	22
Épilogue	24
Références	27
Annexe A : Participants à la séance de réflexion	29
Annexe B : Ordre du jour de la séance de réflexion	31
Annexe C : Dotation en personnel infirmier et résultats pour les patients – Références	33
Annexe D : Document de travail préparé pour la Séance de réflexion de l'AICC	36

Sommaire

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a convoqué à Ottawa, le 3 décembre 2003, une séance de réflexion invitation intitulée *La sécurité du patient - Instaurer la bonne composition du personnel infirmier*. Plus de 70 infirmières¹ en pratique clinique, enseignantes, chercheuses, représentantes des gouvernements et responsables de politiques, infirmières gestionnaires, employeurs et représentantes syndicales² y ont participé. Les infirmières autorisées (IA), les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et les infirmières psychiatriques autorisées des provinces et des territoires y étaient presque toutes représentées.

La séance de réflexion visait à revoir le contexte de plus en plus difficile où se prennent les décisions relatives à la composition du personnel infirmier en ce qui concerne les IA et les IAA, à décrire les initiatives connexes dans les domaines des politiques et de la recherche et à définir les lacunes et les défis.

Les conférenciers et les participants ont discuté de nombreux résultats de recherche importants, ainsi que d'aspects importants des politiques et de la réglementation au cours de la séance de réflexion. Les délibérations ont dégagé un consensus général sur les aspects suivants :

- les erreurs au niveau de la composition du personnel infirmier peuvent entraîner des erreurs cliniques qui peuvent avoir des répercussions indésirables pour les patients et l'organisation;
- les décisions sur la composition du personnel infirmier doivent reposer sur des données probantes;
- les décisions sur la composition du personnel infirmier doivent tenir compte des compétences de base des IA et des IAA, de la lourdeur et de la complexité des soins dont les patients ont besoin, ainsi que des moyens d'appui disponibles dans le milieu;
- beaucoup d'IA et d'IAA craignent que le recours accru aux travailleurs de la santé non réglementés, sans définition appropriée des rôles, ne menace les résultats des soins pour les patients.

Les participants se sont entendus aussi sur plusieurs aspects liés à la recherche et au transfert de connaissances.

Recherche

- Il y a maintenant de solides données de recherche qui appuient le lien entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les patients en matière de sécurité, particulièrement dans les milieux de soins actifs.

¹ Dans ce document, on entend par « infirmières » à la fois les *infirmières autorisées* et les *infirmières auxiliaires autorisées*. **N.D.T.** : Quoiqu'il existe en français trois titres réservés différents – selon la province – pour désigner une « registered nurse » (infirmière, infirmière autorisée, infirmière immatriculée) et qu'il soit souvent plus simple d'opter pour l'appellation la plus courte, à savoir « infirmière », dans ce document il a fallu choisir *infirmière autorisée (IA)* pour éviter toute confusion avec le mot « infirmière » tel qu'il est défini plus haut dans cette note.

La même explication s'applique au choix de *infirmière auxiliaire autorisée (IAA)* pour englober les trois titres réservés existant en français (infirmière auxiliaire, infirmière auxiliaire autorisée, infirmière auxiliaire immatriculée) désignant une « licensed practical nurse (LPN) » ou une « registered practical nurse (RPN) ».

² **N.D.T.** : Pour faciliter la lecture de ce document en français, les mots s'appliquant aux personnes, qu'ils soient employés au masculin ou au féminin, désignent aussi bien les femmes que les hommes, si le contexte s'y prête.

- Plus la proportion de personnel infirmier réglementé est élevée, meilleurs sont les résultats pour les patients
- et
- Plus la proportion d'IA est élevée, meilleurs sont les résultats pour les patients
- Il faut effectuer des recherches sur le lien entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les patients dans les milieux de soins de longue durée, de soins de santé mentale, de soins à domicile et de soins communautaires.
- Il faut effectuer des recherches au sujet de l'impact de la pratique des IAA sur les résultats pour les patients dans tous les milieux.
- Il faut créer des outils d'aide à la décision afin d'aider à déterminer la composition appropriée du personnel infirmier nécessaire pour promouvoir la sécurité des patients et l'utilisation judicieuse des ressources humaines en soins infirmiers.

Transfert de connaissances

- Les résultats de recherche sont sous-utilisés parce qu'ils ne sont pas toujours accessibles pour ceux qui en ont besoin.
- Les infirmières dans les milieux de la recherche et de la pratique doivent s'assurer que les résultats de recherche sont accessibles pour les décideurs des gouvernements provinciaux/territoriaux, ainsi que pour les administrateurs et les gestionnaires au niveau de la pratique.
- Il faut collaborer davantage aux échelons local, provincial/territorial et national afin de faire mieux comprendre les champs de pratique des IA et des IAA et de dégager une entente sur les outils nécessaires pour prendre des décisions portant sur la composition du personnel infirmier.

Depuis la séance de réflexion de décembre 2003, l'AIIC a poursuivi ses efforts en lançant de nombreuses initiatives connexes sur le plan des politiques. Des exposés de position et un document de discussion présentent le point de vue des infirmières sur la sécurité du patient, y compris l'impact des effectifs et de leur composition. Une importante collaboration en cours avec plusieurs partenaires vise à établir un cadre d'évaluation commun des IA, des IAA et des infirmières psychiatriques autorisées pour appuyer la prise de décisions sur la composition du personnel infirmier.

Avant propos

Ce document réunit des documents préparés pour la séance de réflexion de l'AIIIC intitulée La sécurité du patient : Instaurer la bonne composition du personnel infirmier, et d'autres qui en émanent. Cette réunion-invitation qui a eu lieu le 3 décembre 2003 à Ottawa a attiré plus de 70 infirmières en pratique clinique, enseignantes, chercheuses, représentantes des gouvernements et responsables des politiques, infirmières gestionnaires, employeurs et représentantes syndicales. Les IA, les IAA et les infirmières psychiatriques autorisées étaient toutes représentées (voir la liste des participants à l'Annexe A).

Le format de cette réunion participative comportait à la fois des exposés et des ateliers. L'ordre du jour et le format visaient à maximiser les échanges personnels, à clarifier le contenu des exposés et, ce qui était le plus important, à encourager les participants à discuter d'enjeux clés et à formuler des commentaires (voir Annexe B).

L'AIIIC a produit ce document pour fournir un résumé à l'intention de ceux qui ont participé à la séance de réflexion et pour faire le point sur les événements reliés à la sécurité du patient et à la composition du personnel infirmier. Le document contient des résumés des exposés et des délibérations, ainsi que les points clés de l'entente générale dégagée au cours de la séance de réflexion. On y décrit aussi d'autres initiatives de l'AIIIC et les prochaines étapes à franchir pour faire avancer le projet.

Séance de réflexion : Résumé des exposés et des délibérations

Cette section résume les exposés des conférenciers, ainsi que les points clés tirés des ateliers. Chaque groupe était constitué de participants représentant les divers secteurs présents à la réunion.

Mot de bienvenue

Robert Calnan, président de séance

Président

Association des infirmières et infirmiers du Canada

La séance de réflexion vise à revoir le contexte où se prennent les décisions sur la composition du personnel infirmier d'IA et d'IAA, à décrire les initiatives connexes sur les plans des politiques et de la recherche et à définir les lacunes et les défis.

Nous avons réuni un vaste éventail de personnes qui contribueront aux délibérations par leur expérience et leur expertise. Le calibre des participants témoigne de l'importance et de l'opportunité du sujet. Il y a ici des enseignantes, des chercheuses, des infirmières en pratique clinique, des représentantes des gouvernements et des responsables de politiques, des infirmières gestionnaires, des employeurs et des représentants syndicales. Il y a des IAA, des infirmières psychiatriques autorisées et des IA. Les provinces et les territoires sont presque tous représentés.

La séance de réflexion porte sur la sécurité du patient et la composition du personnel infirmier d'IA et d'IAA. Nous n'aborderons pas les problèmes de composition du personnel infirmier d'infirmières praticiennes, d'infirmières psychiatriques autorisées, de travailleurs de la santé non réglementés ou d'autres disciplines de la santé. Ces questions feront l'objet d'une autre journée de travail, car le thème d'aujourd'hui est en fait opportun et complexe et exige toute notre attention et notre concentration.

Mot d'ouverture

Lucille Auffrey

Directrice générale

Association des infirmières des infirmiers du Canada

L'opportunité de l'initiative qu'a prise l'AIC de convoquer cette séance de réflexion a été confirmée le mois dernier lorsque l'Institute of Medicine a publié son rapport intitulé *Keeping Patients Safe – Transforming the Work Environment of Nurses* (2004). Le document porte sur les prestataires de soins infirmiers, les milieux où ils travaillent et la façon de maximiser ces effectifs pour assurer la sécurité du patient.

La sécurité du patient est un enjeu urgent et important qui peut propulser et faire progresser le programme de changement et de renouvellement du système de santé. La journée d'aujourd'hui porte avant tout sur la composition du personnel infirmier d'IA et d'IAA en ce qui a trait à la sécurité du patient :

- la sécurité du patient et la prestation appropriée des soins infirmiers sont interdépendantes;
- il importe de disposer d'un personnel possédant la bonne combinaison de compétences et dispensant les soins qui conviennent à chaque patient en particulier, afin de produire les meilleurs résultats possibles pour le patient;

- sur le plan de la composition du personnel infirmier, les décisions relatives aux compétences infirmières requises pour un groupe de patients en particulier dans un contexte donné doivent pivoter sur une démarche factuelle.

Il faut insister sur le « meilleur » résultat parce qu'il faut éviter d'associer la sécurité du patient à une valeur « minimale ». Des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique constituent le principe premier et primordial du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Pour dispenser des soins de qualité et sécuritaires sans retard indu ni coûts inacceptables pour le système, il faut planifier judicieusement les ressources humaines de la santé.

Dans certains contextes institutionnels, les soi-disant réductions des coûts ont contribué à créer des situations où les IA se sont retrouvées opposées aux IAA. Même dans des conditions idéales, les discussions sur les champs d'exercice peuvent être délicates. Les restrictions budgétaires, les pressions financières et d'autres facteurs de stress ont causé des scissions non seulement blessantes, mais aussi contreproductives. Le besoin de collaborer émane donc de nos préoccupations professionnelles à l'égard de la sécurité du patient.

Dans leur synthèse de politique qui a marqué une étape, intitulée *Engagement et soins* (2001), les auteurs canadiens Baumann, O'Brien-Pallas, Armstrong-Stassen, Blythe, Bourbonnais, Cameron *et al.* ont signalé que « les nouvelles technologies et les changements organisationnels ont verrouillé les frontières entre le rôle des infirmières et celui des infirmières auxiliaires autorisées et l'attribution des responsabilités varie même au sein des établissements. Cela provoque de la tension au sein de l'équipe infirmière et en mine l'efficacité » (p. 11).

L'efficacité n'est qu'une des répercussions stratégiques sur la dotation en personnel infirmier. La recherche sur la dotation a des répercussions sur de nombreux aspects qui varient de l'état de santé et de la maladie des infirmières jusqu'à l'absentéisme, en passant par la structure des services hospitaliers, la formation de base et continue, les taux de rémunération, voire même l'efficacité des modèles de soins, les effets indésirables, la sécurité du patient et la qualité générale des soins.

Des recherches en cours ont mis en évidence la difficulté d'établir des chiffres obligatoires sur les combinaisons de ratios en matière de dotation en personnel. Les enjeux en cause sont complexes. Une étude de l'Organisation mondiale de la santé (2000) indique qu'il est difficile de bien contrôler toutes les variables (reliées aux patients, au personnel, aux interventions et à l'environnement) susceptibles d'agir sur les résultats des soins pour les patients. On y décrit des variations des méthodes de changement de la composition du personnel infirmier qui ont leurs forces et leurs faiblesses respectives.

Les IA et les IAA ont une importante contribution à apporter au programme de la sécurité du patient sur le plan de la composition du personnel infirmier et à beaucoup d'autres égards, mais la solution des problèmes pose un défi à tout le système. Nous devons créer, maintenir et favoriser une culture de la sécurité et veiller à ce que les milieux de travail appuient tous les prestataires de soins de santé. Cela signifie qu'il faut cesser de « nommer, blâmer et humilier ».

À l'AIIC, nous reconnaissons que « s'ils veulent obtenir de meilleurs résultats pour les patients, les gouvernements, les employeurs, les éducateurs et les infirmières doivent conjuguer leurs efforts afin de créer un milieu de travail sain pour les infirmières » (Baumann *et al.*, 2001, Sommaire). Si nous voulons instaurer un changement réel, le premier pas doit provenir de partenariats dotés de ressources abondantes, puissants par leurs effectifs, solides dans leurs activités de recherche et prêts à collaborer avec d'autres intervenants pour faire progresser une optique infirmière de la sécurité du patient.

Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines et Stratégie sur les ressources humaines de la santé

Robert Shearer

Directeur, Division des stratégies des ressources humaines de la santé
Santé Canada

Le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) est un des quatre comités consultatifs permanents qui rendent compte à la Conférence fédérale/provinciale/territoriale (FPT) des sous-ministres de la Santé. Le comité est chargé d'élaborer des politiques et de donner des conseils stratégiques sur la planification, l'organisation et la prestation des services de santé, y compris les enjeux qui ont trait aux ressources humaines de la santé (RHS).

Le CCPSSRH a créé quatre groupes de travail.

- 1) Le Groupe de travail sur la planification des RHS est chargé de donner au CCPSSRH des conseils stratégiques factuels et de l'aide pour la planification des RHS et pour les politiques en la matière.
- 2) Le Groupe de travail sur les titres de compétence pour l'accès aux professions doit se pencher sur les demandes de modification des titres de compétence au niveau débutant dans les professions de la santé et s'assurer que ces titres reflètent une saine politique publique et répondent aux besoins de la population et du système de santé.
- 3) Le Groupe de travail sur le permis d'exercice de diplômé international en médecine (DIM) doit formuler des recommandations sur :
 - a. l'intégration, dans les stratégies sur les effectifs médicaux, des médecins qualifiés qui ont reçu leur formation à l'étranger;
 - b. l'adoption d'un processus juste, équitable et transparent d'octroi du permis d'exercice aux médecins qualifiés formés à l'étranger qui demandent le permis d'exercice de la médecine au Canada;
 - c. la promotion de lignes directrices communes sur l'évaluation des titres et des compétences des DFME qui demandent le permis d'exercice de la médecine au Canada; et
 - d. une proposition à l'étude suggérant de traiter de la même façon les infirmières diplômées de l'étranger.
- 4) Le Comité mixte d'examens (Développement des ressources humaines Canada – Santé Canada – CCPSSRH) doit appuyer, le développement continu d'une base de connaissances sur les RHS en choisissant des recherches de qualité et pertinentes afin d'améliorer la capacité des travailleurs de la santé de réagir efficacement aux besoins changeants du système de santé. Une des six études sectorielles en cours porte sur les soins infirmiers.

Le CCPSSRH est aussi chargé d'assurer le suivi de la Stratégie infirmière pour le Canada et de produire des rapports à ce sujet.

Dans l'Accord sur le renouvellement des soins de santé qu'ils ont signé le 5 février 2003, les premiers ministres ont recommandé des stratégies de collaboration afin de renforcer la base factuelle qui sert à la planification nationale, de promouvoir la formation interdisciplinaire des prestataires, d'améliorer le recrutement et le maintien des effectifs et d'assurer l'offre de prestataires de soins de santé dont on a besoin. Dans son budget du 18 février 2003, le gouvernement fédéral prévoyait 90 millions de dollars sur cinq ans pour :

- améliorer la planification et la coordination nationales des RHS, y compris la prévision des besoins en la matière;
- appuyer l'expansion des programmes de perfectionnement professionnel afin de garantir que les professionnels de la santé ont les connaissances et la formation nécessaires pour travailler efficacement dans des équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires.

Des groupes de travail distincts préparent actuellement trois initiatives sur les RHS (les points à leur ordre du jour respectif sont indiqués sous forme de puces) :

1) Planification des RHS

- Cadre de planification pancanadien afin de définir les objectifs communs, d'établir un plan directeur général et d'arrêter les « règles du jeu » sur la planification des RHS fondée sur la collaboration
- Capacité continue de collecte de données et de modélisation.

2) Éducation interdisciplinaire au service de la pratique en collaboration axée sur le patient (EISPCAP)

- Promouvoir les avantages de l'EISPCAP.
- Augmenter le nombre de prestataires de soins de santé qui suivent une formation au niveau débutant et à celui de l'éducation permanente.
- Stimuler le réseautage et la mise en commun des pratiques exemplaires portant sur l'EISPCAP.

Ce groupe de travail est coprésidé par M^{me} Judith Shamian, directrice exécutive, Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada, et le D^r Carol Herbert, doyenne de la Faculté de médecine et d'art dentaire, Université Western Ontario.

3) Recrutement et maintien des effectifs

- Niveau débutant – Entreprendre des activités de collaboration et de mise au point de campagnes de marketing multimédiatiques sur les carrières dans le système de santé.
- Déploiement et pénurie – Entreprendre des activités afin d'appuyer l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de lutte contre les pénuries ou la mauvaise répartition des professionnels de la santé.
- Maintien des effectifs – Entreprendre des activités afin d'appuyer le maintien des effectifs actuels de prestataires de soins de santé et attirer ainsi de nouvelles recrues.

Atelier : Résultats de recherche et défis

Objectifs :

- Présenter la recherche infirmière sur les enjeux liés à la sécurité du patient et à la composition du personnel infirmier.
- Définir les lacunes des politiques, de la réglementation, de l'éducation et autres que devrait viser la recherche.

Une approche systématique pour maximiser les champs d'exercice de la profession infirmière

Dr. Jeanne Besner

Directrice, Initiatives de recherche en soins infirmiers et en santé
Région de santé de Calgary

Subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, cette étude est la première d'un programme planifié de recherche. Jeanne Besner et Diane Doran en sont les chercheuses principales. La recherche se déroulera dans des établissements de soins actifs de trois régions de santé : Calgary, Edmonton et Saskatoon.

Des rapports fédéraux et provinciaux récents ont mis en évidence la nécessité de s'attaquer à la sous-utilisation des connaissances et des compétences spécialisées des professionnels et de chercher à optimiser l'utilisation de tous les membres de l'équipe multidisciplinaire. Il faut comprendre le caractère unique des champs d'exercice et leur chevauchement, ainsi que le contexte d'exercice de la profession, afin de concevoir le travail de façon à utiliser le mieux possible les connaissances et les compétences spécialisées des professionnels tout en maintenant et améliorant la satisfaction des prestataires et la qualité des résultats pour les patients.

La recherche vise à :

- analyser le champ d'exercice des infirmières (IA, IAA et infirmières psychiatriques autorisées), les limites de leurs rôles et leur chevauchement;
- comprendre l'influence que l'environnement peut avoir sur l'utilisation complète des connaissances et des compétences spécialisées des infirmières;
- jeter les bases de recherches futures sur l'impact des changements de rôle.

Les questions de recherche sont les suivantes :

1. Dans quelle mesure croit-on que les infirmières occupent au complet le champ d'exercice de leur profession?
2. Quels sont les éléments personnels, professionnels et organisationnels inhibiteurs et habilitants qui empêchent les infirmières d'occuper tout le champ d'exercice de leur profession ou qui leur permettent de le faire?
3. Dans quelle mesure des facteurs contextuels jouent-ils sur l'application du champ d'exercice?
4. Quelles sont les possibilités de modifier les rôles afin d'optimiser l'application du champ d'exercice? (Question que l'on abordera au cours d'une recherche subséquente)
5. Dans quelle mesure est-il possible de recueillir des indicateurs comparables entre les milieux ou établissements?

On répondra aux questions 1 et 2 en réalisant des entrevues auprès d'infirmières et d'autres membres du personnel. Le questionnaire d'entrevue s'inspira du *Nursing Role Effectiveness Model* (D. Doran, 2003). On analysera les données au moyen de techniques qualitatives.

Dans le cas de question 3, on décrira les facteurs contextuels par de nombreuses approches, y compris des indicateurs disponibles provenant de sources de données générales, une mesure de la complexité de l'environnement (activité du service et charge de travail imprévue), l'échelle de la version révisée de l'indice de la charge de travail des infirmières (NWI-R), une évaluation de la satisfaction du personnel et des entrevues réalisées auprès de membres du personnel du service comme des médecins et des commis.

La question 5, à laquelle on répondra au cours des trois premiers mois de l'étude, portera sur la création d'une base de données commune entre les trois établissements afin de jeter les bases qui permettront de créer pour les entrevues un échantillon d'infirmières et d'autres intervenants œuvrant dans des milieux qui reflètent la variation de la complexité des patients et des environnements.

On a créé pour l'étude un comité consultatif constitué de représentantes des trois associations professionnelles, d'enseignantes des trois catégories d'infirmières réglementées, de praticiens des soins de santé, de gestionnaires et de représentants du gouvernement provincial. Les résultats seront diffusés à mesure qu'ils deviendront disponibles.

Liens entre la dotation en personnel infirmier et les résultats en matière de sécurité du patient : le point sur les données probantes

Dr. Linda McGillis Hall

Professeure adjointe et nouvelle chercheuse aux Instituts de recherche en santé du Canada
Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto

On entend par composition du personnel infirmier « la combinaison ou le regroupement de différentes catégories de travailleurs qu'on utilise pour dispenser des soins aux patients » (McGillis Hall, 1997, p. 31).

Il existe, dans le domaine des soins actifs, une masse importante de données probantes qui établissent un lien entre la dotation en personnel infirmier et les résultats en matière de sécurité des patients. Dans son Report Card (1997), l'American Nurses Association a présenté les constatations d'une des premières études réalisées dans ce domaine. Les résultats ont indiqué qu'il y a un lien entre les séjours plus brefs et un niveau élevé d'effectifs infirmiers par jour (corrigé de la gravité des cas), et que l'évolution de l'état de santé des patients (ulcères de décubitus, pneumonie, infections postopératoires, infections urinaires) est reliée à l'éventail des compétences spécialisées des infirmières (statistiquement significatives).

On a publié depuis les résultats de nombreuses études non seulement dans les publications infirmières, mais aussi dans celles des milieux de la médecine et des soins de santé. (Voir l'Annexe C qui contient des références aux études.) Les principales études comprennent celles qu'ont réalisées Aiken, Clarke et Sloane (2002); Blegen et Vaughn (1998); Kovner et Gergen (1998); Kovner, Jones, Zhan, Gergen et Basu (2002); McGillis, Hall, Baker, Pink, Sidani, et

O'Brien-Pallas *et al.* (2003); Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky (2002); ainsi que Sovie et Jawad (2001).

Constations tirées de ces études :

Sovie et Jawad (2001) ont constaté que les taux de chutes ont diminué et que la satisfaction des patients à l'égard du traitement de la douleur a augmenté en fonction du nombre d'heures d'infirmières par patient. L'étude réalisée par McGillis Hall et ses collaborateurs (2003) a révélé que les taux unitaires d'erreur de médication et d'infection des plaies diminuaient de façon inversement proportionnelle au pourcentage des membres du personnel infirmier réglementé. On a aussi établi un lien entre des pourcentages plus élevés de membres du personnel infirmier réglementé et une amélioration de l'autoadministration des soins par les patients, de leur mobilité et de leur fonctionnement social lorsqu'ils reçoivent leur congé de l'hôpital.

Les résultats de ces études clés sont cohérents. On a établi un lien entre les modèles de dotation en personnel infirmier et :

- les résultats secondaires en matière de sécurité des patients dans un certain nombre d'études;
- les résultats pour les patients tels que l'état fonctionnel et la douleur, que l'on a tirés de données primaires au cours de deux études.

Des résultats de recherches récentes établissent un lien entre les résultats pour les patients et le niveau d'expérience des infirmières (McGillis Hall, Doran et Pink, 2004; Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood *et al.*, 2002), la formation au niveau du baccalauréat (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane et Silbur, 2003; Doran, Sidani, McGillis Hall, O'Brien-Pallas, Pestrushen, Hawkins, *et al.*, n.d.; O'Brien-Pallas, Doran, Murray, Cockerill, Sidani, Laurie-Shaw *et al.*, 2001, 2002). La recherche relative à l'impact que les facteurs environnementaux du travail des infirmières ont sur les résultats pour les patients présente des lacunes.

Les données probantes qui s'accumulent au sujet du lien entre la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients en matière de sécurité ont des répercussions sur les politiques, la réglementation et l'éducation et portent sur des enjeux tels que le baccalauréat comme formation au niveau débutant, les champs d'exercice des prestataires de soins infirmiers et le rôle des travailleurs non réglementés.

Participante à l'atelier

Roxanne Tarjan

Directrice générale

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Il faut féliciter les chercheurs d'avoir fourni les connaissances et les données probantes dont les infirmières ont besoin pour prendre des décisions sur la composition du personnel infirmier et la sécurité du patient. Il importe de concentrer les efforts sur la solidité des données probantes qui se sont accumulées. Je crois que l'affinité pour la définition des lacunes ou des écarts au niveau de la recherche est beaucoup plus importante que l'appui accordé aux données probantes qui s'accumulent.

L'analyse de la composition des compétences spécialisées des infirmières se déroule dans un système de santé qui a de nombreux défis à relever sur le plan des ressources humaines. Les outils dont la profession infirmière dispose pour mesurer sa contribution au soins des patients sont en outre très axés sur la tâche et ne saisissent pas la contribution réelle des infirmières.

Sean Clarke (2003) a traité du défi important à relever pour établir un équilibre entre la dotation en personnel infirmier et la sécurité des patients. Il a signalé qu'il semble maintenant y avoir des données probantes claires qui établissent un lien entre la dotation (en particulier en IA) et la sécurité du patient. Les organismes de réglementation ont toutefois des défis constants à relever en ce qui concerne la prise de décision sur les mesures appropriées en matière de dotation. Il faut tenir compte du contexte et de l'environnement.

L'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick est d'avis que les connaissances et les études influent sur les résultats pour les patients, et que ceci est aussi le cas d'autres facteurs tels que la charge de travail et le recours aux travailleurs non réglementés. Tout en reconnaissant que les champs d'exercice évoluent, les organismes de réglementation doivent veiller à ce que leurs membres ne soient pas placés dans des situations dangereuses. L'établissement d'un équilibre pose un défi aux organismes de réglementation.

La prise de décisions sur la composition du personnel infirmier est très complexe et comporte énormément de variables. Il est nécessaire de faire des recherches sur différentes catégories de prestataires. Il faut aussi élargir la recherche pour qu'elle ne se cantonne plus dans les milieux de soins actifs, mais qu'elle inclue aussi les milieux de soins de longue durée, de soins de santé mentale, de soins à domicile et de soins communautaires. Il faut aussi étudier l'impact du modèle de soins et de la pratique spécialisée sur les résultats pour les patients. Il existe de nouvelles données probantes sur l'importance du travail d'équipe, autant pour les équipes d'infirmières que pour les équipes multidisciplinaires, en ce qui concerne les résultats pour les patients.

Étude de cas – Utilisation de données probantes pour appuyer les changements de la composition du personnel infirmier

Objectifs :

- Discuter de l'étude de cas de la conception à la mise en œuvre.
- Discuter du cadre d'évaluation comme élément clé de l'étude de cas.

Utilisation de données probantes pour appuyer les changements de la composition du personnel infirmier – Partie 1

Jean Holmes

Vice-présidente, Ressources humaines
Hôpital commémoratif du district de Winchester, Ontario

L'Hôpital commémoratif du district de Winchester (WDMH) est un hôpital communautaire de 70 lits situé à une cinquantaine de kilomètres au sud d'Ottawa. En 2001, on a mis sur pied un Comité consultatif des soins infirmiers (CCSI) de tout l'hôpital afin d'étudier les enjeux de la pratique professionnelle des soins infirmiers, et notamment ceux qui consistent à aider les infirmières à occuper tout le champ d'exercice de leur profession dans la mesure du possible. Le comité est constitué d'IA et d'IAA. En se guidant sur le modèle des milieux de travail de qualité de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, le Comité a concentré son attention sur les processus de prestation des soins.

Le projet de modèle de prestation des soins vise à améliorer le milieu de travail et à augmenter le recrutement des infirmières et le maintien des effectifs. On entend par processus de prestation des soins des processus qui « appuient la prestation des soins infirmiers aux clients. Ces processus comprennent la planification et la prestation de soins cliniques en collaboration avec d'autres professionnels de la santé afin de répondre aux besoins des clients » (Mackay & Risk, 2001).

Les éléments des processus de prestation des soins comprennent les suivants : modèle de prestation des soins, ratios de dotation, composition du personnel infirmier, normes de soin, responsabilité, pratique en autonomie et amélioration continue de la qualité. Le comité a commencé par se pencher sur le projet de modèle de prestation des soins, modèle hybride conjuguant les soins infirmiers fonctionnels et en équipe. Le projet vise à évoluer vers un modèle de soin total aux patients. Le comité souhaite aussi étendre le champ d'exercice à la fois des IA et des IAA. Les prestataires non réglementés de soins de santé ont été éliminés en 2001.

Avant que l'on puisse modifier les champs d'exercice, il y a plusieurs étapes préliminaires à franchir. En août 2003, on a demandé à toutes les IA et les IAA de remplir un questionnaire sur les compétences infirmières (Autoexamen des compétences à l'intention des infirmières prestataires de soins de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario). On leur a demandé dans ce questionnaire d'indiquer les lacunes de leur savoir et les méthodes d'apprentissage qu'elles privilégient. En se fondant sur l'analyse des résultats du sondage, l'hôpital a conclu avec un collègue communautaire un partenariat pour la prestation de programmes d'éducation qui aideront les infirmières à répondre aux besoins définis sur le plan de l'apprentissage (p. ex., cours sur les médicaments à l'intention des IAA).

Le CCSI collabore avec l'AIC afin d'établir un cadre d'évaluation de l'impact des changements apportés au champ d'exercice de la profession et à la composition du personnel infirmier. On a mesuré des indicateurs des résultats sensibles aux infirmières comme la satisfaction au travail et les résultats pour les patients au début du projet et on le fera de nouveau après la mise en œuvre de changements des champs d'exercice et de la composition du personnel infirmier.

Utilisation de données probantes pour appuyer les changements de la composition du personnel infirmier – Partie 2

Lisa Little

Conseillère en ressources humaines de la santé
AIC

Lorsque le CCSI de l'hôpital WDMH a lancé son projet de modèle de prestation des soins, il a communiqué avec l'AIC pour discuter de façons possibles de procéder. L'AIC s'est dite intéressée à participer au projet parce qu'il est complet, qu'il appuie les infirmières pour qu'elles occupent le champ complet d'exercice de leur profession, qu'il vise à promouvoir l'utilisation efficiente des ressources infirmières et qu'il établit un lien avec la sécurité du patient (protection de public). La collaboration avec l'hôpital WDMH aidera les deux organisations à déterminer si les changements du champ d'exercice de la profession et de la composition du personnel infirmier sont les bons et contribuent à une prise de décision factuelle dans ce domaine.

L'AIC et le CCSI de l'hôpital WDMH ont créé un cadre d'évaluation de l'impact de changements du champ d'exercice et de la composition du personnel infirmier de trois points de vue différents, soit ceux de l'infirmière, du patient et de l'équipe de soins de santé. On saisit les données au moyen d'une série d'outils avant et après la mise en œuvre de changements des champs d'exercice et de la composition du personnel infirmier.

Les outils sont fondés sur le travail de Diane Doran et de ses collaborateurs au sujet des indicateurs des résultats sensibles aux interventions infirmières. Pour les infirmières, les indicateurs comprennent les suivants : perceptions relatives à la pratique de qualité, satisfaction au travail, occupation possible du champ d'exercice au complet, taux d'absentéisme et taux de recours à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT). Pour les patients, ces indicateurs comprennent les suivants : taux d'infections nosocomiales, taux de réhospitalisation, durée du séjour, satisfaction des patients, taux de chutes et taux d'erreurs de médicaments. Pour l'équipe de soins de santé, les indicateurs comprennent ce que d'autres professionnels des soins de santé pensent des effets du changement des champs d'exercice sur la collaboration interdisciplinaire.

On a relevé des défis reliés à la collecte de données. Les indicateurs ne s'adaptent pas toujours parfaitement aux données disponibles dans l'établissement de soins de santé. On a aussi déterminé des variables confusionnelles dont il sera tenu compte. Les changements de la politique sur la contention qui ont lieu pendant la période de collecte de données pourraient, par exemple, avoir un effet sur les taux de chutes chez les patients.

Ce projet permet à l'AIC :

- de collaborer avec des employeurs d'infirmières;
- d'étendre la portée de l'évaluation aux Territoires du Nord-Ouest;

- de promouvoir la mise en commun d'information, la discussion et le partage de ressources entre deux employeurs qui connaissent des changements semblables;
- d'appuyer une démarche intégrée et responsable lorsqu'il s'agit de modifier la composition du personnel infirmier;
- d'analyser l'impact de changements de la composition du personnel infirmier tant à l'échelon de la personne qu'à celui du système.

Utilisation de données probantes pour appuyer les changements de la composition du personnel infirmier – Partie 3

Madge Applin

Directrice des soins infirmiers

Hôpital communautaire de Hay River, Territoires du Nord-Ouest

La Régie des services sociaux de Hay River est responsable de services de soins actifs (16 lits), de soins de longue durée (23 lits), de soins de santé publique et de soins à domicile, de santé mentale et de toxicomanie, de soins médicaux, ainsi que de programmes sociaux. Les effectifs comportent six médecins, une infirmière praticienne, 20 IA, 15 IAA et cinq préposés aux soins de longue durée qui travaillent principalement dans ce secteur. La régie est en train d'effectuer le virage vers la prestation de services axés sur les soins de santé primaires.

Une analyse récente du milieu de travail des infirmières a dégagé un certain nombre de problèmes. Le modèle actuel de prestation des soins est fondé sur une démarche fonctionnelle axée sur la tâche. Les IAA sont sous-utilisées dans toutes les divisions et leur champ d'exercice manque de cohérence. Les politiques écrites et autres sur le champ d'exercice ne sont pas claires. Il semble y avoir, entre les IA et les IAA, des conflits interdisciplinaires attribuables au manque de compréhension du champ légitime d'exercice de chaque groupe professionnel. La communication interdisciplinaire est aussi fragmentée.

La directrice des soins infirmiers a lancé un exercice afin d'évoluer vers une compréhension commune du champ d'exercice et de mettre au point des mécanismes pour permettre aux IA et aux IAA de collaborer efficacement. L'exercice vise à améliorer les résultats pour les patients, la satisfaction du personnel, la collaboration et la communication.

Le processus comporte les éléments suivants :

- établissement de l'appui en faveur du projet;
- sondage auprès des IA et des IAA;
- révision des politiques, et en particulier de celles qui ont trait au champ d'exercice;
- évaluation des besoins de formation;
- élaboration d'un plan d'action;
- élaboration d'un plan d'évaluation.

Jusqu'à maintenant, les infirmières ont consenti à aller de l'avant avec le projet. Le questionnaire est terminé et l'analyse est en cours. Les travaux d'élaboration de politiques portant sur le champ d'exercice sont terminés. L'outil d'évaluation mis au point par l'AIIC et utilisé à l'hôpital WDMH constitue un des éléments du plan d'évaluation en préparation.

Atelier sur la recherche et discussion générale sur l'étude de cas

Les participants ont dégagé plusieurs messages clés des exposés présentés à l'atelier sur la recherche et au cours de l'étude de cas.

- De solides données probantes appuient maintenant le lien entre la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients, particulièrement dans le domaine des soins actifs;
- les résultats de recherche sont sous-utilisés parce qu'ils ne sont pas toujours accessibles pour ceux qui en ont besoin, y compris les administrateurs et les décideurs;
- il faut des moyens tels que des sommaires, des synthèses de résultats, des guides sur les pratiques exemplaires, des notes de discours pour promouvoir le transfert de connaissances;
- il faut augmenter le nombre d'infirmières qui comprennent les résultats de recherche reliés au domaine de pratique;
- les chefs de file des universités et des établissements de soins de santé doivent faire preuve de créativité et collaborer pour penser à de nouveaux modèles de dotation en personnel et chercher du financement afin de les évaluer;
- il faut des outils pour aider les gestionnaires à prendre des décisions sur la composition du personnel infirmier.

Il faut pousser les recherches au sujet de l'impact qu'a sur les résultats pour les patients la composition du personnel infirmier dans les milieux de soins de longue durée, de soins de santé mentale, de soins à domicile et de soins communautaires, ainsi qu'au sujet de l'impact du contexte, de l'environnement de pratique et du travail d'équipe au niveau des infirmières et des membres de l'équipe multidisciplinaire. Des analyses de rentabilité portant sur les décisions relatives à la dotation en personnel infirmier s'imposent aussi. Les participants ont déterminé que les IA, les IAA et les autres prestataires de soins de santé doivent collaborer et participer à la recherche et à la diffusion de ces résultats. Il faut clarifier davantage des définitions telles que le champ d'exercice, le champ complet d'exercice, la sécurité des patients, la gravité des cas et leur complexité.

Les participants craignent que les deux groupes, IA et IAA, ne soient sous-utilisés. En dépit de cette appréhension, on persiste à protéger son « territoire ». Il faut élaborer des stratégies pour aider les IA et les IAA à se parler au sujet des pratiques exemplaires qui optimisent les résultats pour les patients. Des infirmières craignent qu'il y ait un lien entre le recours accru aux travailleurs non réglementés de la santé, une baisse de la sécurité du patient et une augmentation des tensions entre les membres du personnel réglementé.

Atelier : Enjeux et défis en matière de réglementation

Objectifs :

- Discuter d'enjeux clés en matière de réglementation, qui ont trait à la sécurité du patient et à la composition du personnel infirmier.
- Définir les lacunes et préciser comment s'y attaquer.

Enjeux et défis en matière de réglementation

Ann Mann

Directrice générale/Registraire

College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia

On insiste sur trois des nombreux enjeux relevés en matière de réglementation qui ont trait à la composition du personnel infirmier.

1. Pénurie d'infirmières

Si la profession infirmière n'intervient pas pour s'attaquer à la pénurie, des substituts viendront remplacer les infirmières professionnelles réglementées et les lignes de démarcation de la profession infirmière se brouilleront encore davantage. En Nouvelle-Écosse, un projet pilote en cours vise à ajouter des prestataires de soins non réglementés dans le contexte hospitalier. On demande aux IA et au IAA de fournir de l'information et de la supervision à l'interne pour permettre à ces prestataires de travailler en contexte de soins actifs. Les décisions de recourir à des prestataires de soins de santé non réglementés doivent reposer sur bien d'autres facteurs que les économies budgétaires. Il faut modifier la façon de travailler des infirmières, qui passent 30 % de leur temps à soigner le système et non le patient.

2. Champ d'exercice et champ d'emploi

Dans la plupart des provinces, les IAA sont sous-utilisées et occupent un champ d'emploi déterminé par l'établissement plutôt qu'un champ d'exercice de la profession relié aux activités pour lesquelles elles ont été formées et ont reçu leur permis d'exercice. Les normes de formation et les compétences au niveau débutant, autant chez les IA que chez les IAA, ont changé depuis quelques années, mais les changements des compétences en pratique clinique et le droit d'occuper au complet le champ d'exercice de la profession n'ont pas suivi. Les activités dont peut se charger une IAA peuvent être interprétées par le gestionnaire de l'établissement et semblent reposer sur des facteurs tels que la nature urbaine ou rurale de l'établissement et son effectif d'IA. Les décisions sur la composition du personnel infirmier doivent reposer sur des données probantes et tenir compte des compétences de base de l'infirmière, de la complexité des soins nécessaires et de la disponibilité d'appuis de l'environnement.

3. Enjeux du système qui ont un impact sur la composition appropriée du personnel

Il est possible de prendre des décisions, dans le contexte de la pratique, qui reposent sur les exigences financières et non sur les répercussions qu'elles auront sur le milieu de travail et la sécurité du patient. Ces décisions comprennent le gel des heures supplémentaires, le non-remplacement des absences pour cause de maladie et une réduction du recours aux préposés résidents. Les infirmières ont de plus en plus de difficulté à se conformer aux normes de pratique de la profession pour dispenser des soins infirmiers sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique.

Les IA et les IAA doivent conjuguer leurs efforts pour améliorer leurs relations sur le plan de l'exercice de la profession. En Nouvelle-Écosse, les organisations de réglementation des deux groupes d'infirmières collaborent de près.

La recherche sur la composition du personnel infirmier doit porter sur les IAA, définir les obstacles associés à la sous-utilisation des IAA, porter sur le lien entre les résultats pour les patients et la combinaison des compétences spécialisées à la fois des IA et des IAA, de même que sur des milieux de travail et de collaboration de qualité, et reconnaître qu'une composition normalisée des compétences spécialisées n'est peut-être pas dans le meilleur intérêt du patient.

Les organismes de réglementation des IAA craignent que l'on ne reconnaisse pas suffisamment que celles-ci :

- constituent le deuxième groupe infirmier professionnel en importance au Canada;
- sont un élément d'actif précieux pour les effectifs infirmiers;
- ont le droit d'être consultées;
- peuvent avoir des idées nouvelles face aux enjeux reliés à la composition du personnel infirmier;
- pourraient améliorer la sécurité des patients et l'évolution de leur état de santé si elles pouvaient occuper au complet le champ d'exercice de leur profession dans des environnements fondés sur la collaboration.

L'accès aux fonds nécessaires pour étudier des questions soulevées par les IAA ou leurs organismes de réglementation pose un autre défi.

La réglementation : un contrat social

Donna Brunskill

Directrice générale

Saskatchewan Registered Nurses' Association

Les infirmières doivent concentrer leur attention sur les questions de vision et de valeurs. Autant les IA que les IAA recherchent des soins de qualité. Dans le passé, ces deux groupes collaboraient bien. Il faut se pencher de nouveau sur les causes profondes de la tension qu'elles vivent en travaillant ensemble aujourd'hui. Qu'est-ce qui a changé? D'abord, l'argent a commenté à l'emporter sur la qualité. Nous sommes aux prises aujourd'hui avec une pénurie à la fois d'IA et d'IAA. Il importe d'apprendre à optimiser l'utilisation des compétences de chaque groupe afin de produire de bons résultats pour les patients et de leur dispenser des soins sécuritaires. La responsabilisation des patients et de la population doit aussi constituer un point de convergence. Pourquoi se prononcer sur la question de savoir si les IA ou les IAA devraient administrer des médicaments par la bouche dans les hôpitaux? Les patients devraient peut-être s'en charger eux-mêmes, comme ils le font dans la communauté.

Selon l'Institute of Medicine, l'hospitalisation constitue la quatrième cause en importance de mortalité. La profession infirmière peut tirer de l'industrie aéronautique des leçons sur les mesures à prendre pour augmenter la sécurité. Par exemple, les infirmières connaissent-elles le bilan de sécurité de leur milieu de travail comme le nombre d'erreurs de médication, le nombre

d'agressions en contexte de soins à domicile et l'importance de la formation de chaque membre du personnel? Les infirmières ont-elles analysé les règlements de leur établissement qui ont un impact sur la sécurité du patient?

La sécurité et la qualité peuvent être perçues de façon différente. On peut considérer la sécurité comme un « minimum » et la qualité comme un niveau « optimal ». Les éléments constitutifs des soins infirmiers de qualité comprennent les suivants : leadership (vision, mission et buts), normes, soins infirmiers et modèles interdisciplinaires, programmes d'amélioration de la qualité, prise de décision/affectation des ressources, personnel et éventail des compétences spécialisées, gestion du savoir, technologie et aide à la communication.

En ce qui concerne la dotation en personnel, le rôle de réglementation comprend les éléments suivants : travail de représentation conformément au code de déontologie, normes de pratique infirmière portant sur les domaines de la pratique, de la formation, de la recherche et de l'administration, lignes directrices sur les pratiques exemplaires, milieux de travail de qualité, lignes directrices interdisciplinaires, innovation, autonomie et maintien de la compétence.

Un des grands facteurs qui menacent la sécurité et la qualité des soins, c'est la pénurie d'infirmières découlant du nombre important d'infirmières qui prennent leur retraite ou la prendront au cours des 10 prochaines années, conjuguée à l'incapacité d'en former suffisamment pour les remplacer. En Saskatchewan, la question de savoir comment réformer la formation des infirmières pour en former suffisamment constitue l'enjeu le plus important.

La connaissance des facteurs reliés à la sécurité du patient comporte de nombreuses lacunes, y compris les suivantes :

- temps supplémentaire;
- pratique exemplaire;
- modèle de prestation de soins;
- rôle d'appui aux étudiantes, infirmières praticiennes et pharmaciens;
- planification de la composition du personnel infirmier et de la combinaison des compétences nécessaires;
- modélisation en cas d'urgence (p. ex., impact d'une tempête ou d'une épidémie de SRAS sur la dotation en personnel);
- culture d'innovation et de responsabilité.

La profession infirmière doit se tourner vers l'avenir et se pencher sur les enjeux de la composition du personnel infirmier à la fois à l'intérieur de la profession infirmière et au-delà de celle-ci (p. ex., IA/infirmière praticienne, infirmière clinicienne spécialisée, préposés bénévoles aux soins, étudiantes infirmières en apprentissage, expansion du rôle de pharmacien clinicien). Des données probantes disponibles indiquent maintenant qu'il y a un lien entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les patients. Les infirmières doivent utiliser ces données probantes et aller de l'avant.

Participante à l'atelier sur la réglementation

Dr. Ann Tourangeau

Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto
Scientifique adjointe, Institut de recherche en services de santé de l'Ontario

On a soulevé des enjeux clés comme les suivants :

- perception floue des rôles des IA et des IAA;
- disponibilité du capital humain en soins infirmiers dans des catégories et en nombres suffisants;
- méconnaissance des liens entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les patients qui reflètent la sécurité du patient;
- manque de processus/protocoles pour déterminer la juste composition du personnel infirmier afin de promouvoir la sécurité du patient;
- recherche axée sur les contextes de soins actifs;
- écarts perçus entre le champ d'exercice et le champ d'emploi – sous-utilisation des IAA;
- manque de recherche portant aussi sur les IAA;
- pourra-t-on jamais déterminer une « composition idéale du personnel » normalisée?
et
- pressions budgétaires.

Autres questions

- Que signifie l'expression sécurité du patient? Les résultats pour le patient sont-ils tous des indicateurs de sa sécurité? Sur quels indicateurs de la sécurité du patient la composition du personnel infirmier a-t-elle des répercussions?
- Longueur du cycle de recherche pour traduire les idées dans la pratique.
- Défis posés par la traduction des résultats dans la pratique.
- Il y a souvent confusion entre la composition du personnel infirmier et les indicateurs de la dose infirmière (nombre de membres du personnel infirmier).

On note un message clé qui indique que les erreurs commises dans la composition du personnel infirmier peuvent déboucher sur des erreurs cliniques et causer des effets défavorables sur les patients et l'organisation.

Pour que les soins infirmiers soient efficaces, l'infirmière doit pouvoir combiner plusieurs éléments constitutifs : savoir infirmier, connaissances des attentes et des préférences des patients, autres connaissances (p. ex., médecine, sociologie, pharmacologie), état/antécédents/capacité des patients et capacité de l'infirmière. Lorsque les infirmières concentrent leur attention sur les techniques d'enseignement et d'apprentissage, elles peuvent tomber dans le piège qui consiste à supposer qu'après avoir maîtrisé la compétence spécialisée ou la tâche, l'apprenant peut absorber toutes les autres conditions préalables qui débouchent sur des soins efficaces et des résultats optimaux pour le patient en cause dans le contexte en cause. Voilà le défi à relever dans la réponse aux préoccupations selon lesquelles les infirmières sont sous-utilisées.

De nombreuses études ont porté sur des enjeux de la sécurité du patient (voir Annexe C). En résumé, les données probantes indiquent que la composition du personnel infirmier est importante au niveau des résultats pour les patients en soins actifs, MAIS la plupart des recherches ne donnent

aucun conseil sur la composition la plus efficace du personnel pour des populations données de patients dans des contextes de soins en particulier. Il n'y a pas de composition idéale du personnel pour toutes les sous-populations de patients dans tous les contextes.

Pour surmonter les faiblesses de la recherche en cours sur la composition du personnel infirmier, de nombreuses stratégies s'imposent, notamment les suivantes :

- Les chercheurs et les décideurs devraient établir des partenariats pour définir les populations de patients prioritaires dans des contextes de soins en particulier qui exigent des données probantes et la théorie nécessaires pour guider les décisions sur la composition du personnel infirmier.
- Il faut clarifier les résultats qui reflètent la sécurité du patient et qui sont des plus importants.
- Il faut utiliser des techniques efficaces de rajustement en fonction des risques dans la recherche sur les résultats.
- Il convient d'élaborer une théorie sur les rapports entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les patients en écoutant des anecdotes, en consultant des experts et en effectuant des recherches documentaires. Il faut concevoir et mettre en œuvre des études pour mettre la théorie à l'épreuve et la raffiner.
- Il faut inclure les IAA dans les études sur les résultats.
- Il faut créer des outils d'aide à la décision.

Les recherches en cours de M^{me} Tourangeau comprennent une étude plus poussée sur les déterminants du taux de mortalité à 30 jours et les réhospitalisations non planifiées, ainsi qu'un sondage auprès des IA et des IAA qui vise à mesurer les processus de soins, les milieux de travail et les réponses à ces milieux.

Atelier sur la réglementation – Discussion

Les participants ont défini plusieurs questions d'importance à la suite de l'exposé présenté à l'atelier sur la réglementation, notamment les suivantes :

- Les organismes de réglementations des infirmières doivent se faire entendre au sujet des enjeux reliés à la composition du personnel infirmier et au champ d'exercice, et insister sur l'importance de ces questions pour la protection du public.
- Il importe d'analyser le champ d'exercice face au champ d'emploi. Les organismes de réglementation ne réglementent pas la composition du personnel infirmier. De meilleures données probantes sur la composition du personnel infirmier sont nécessaires dans l'établissement de soins de santé.
- Il faut clarifier le rôle des organismes de réglementation face au recours accru aux travailleurs de la santé non réglementés. Si ces derniers continuent de faire partie des effectifs dans certains contextes, il importe de définir leur rôle dans le meilleur intérêt du patient.
- Il faut resserrer la collaboration entre les organismes de réglementation des IA et des IAA, ainsi qu'entre les organismes de réglementation et les syndicats, au sujet de la composition du personnel infirmier et du champ d'exercice.
- Les organismes de réglementation des IA et des IAA peuvent informer les infirmières et les administrateurs au sujet du champ d'exercice réglementé en présentant des exposés en collaboration.

Des participants ont dit craindre qu'il puisse y avoir des conflits entre le champ de pratique, les codes de déontologie et les politiques et les pratiques de l'établissement. La façon de traduire les normes de pratique infirmière en champ d'exercice au chevet n'est peut-être pas claire. Les participants croient aussi qu'il faut aborder l'impact des enjeux plus généraux sur la composition du personnel infirmier et la sécurité des patients. Ils ont mentionné en particulier, notamment, la pénurie d'infirmières, le pourcentage accru d'infirmières qui travaillent à temps partiel, la lourdeur des charges de travail et la privatisation. Il faut faire preuve de leadership si l'on veut que les infirmières en sachent davantage sur la réglementation en général et sur le champ d'exercice en particulier.

Défis et possibilités

Objectifs :

- Résumer les principaux points soulevés au cours des exposés et des discussions en atelier.
- Discuter de l'importance de ces questions pour les employeurs du secteur des soins de santé.
- Résumer les défis et les possibilités auxquels font face les employeurs, ainsi que d'autres interlocuteurs clés, lorsqu'il s'agit de répondre à la question critique qui porte sur la façon de déterminer la bonne composition du personnel infirmier.

Sharon Sholzberg-Gray

Présidente et chef de la direction

Association canadienne des soins de santé

Fondée en 1931, l'Association des hôpitaux du Canada est devenue l'Association canadienne des soins de santé (ACS) en 1995 pour démontrer que ses membres représentent les établissements et les organismes de soins de santé du continuum des soins au complet. Les membres des associations membres de l'ACS sont des employeurs qui comprennent que les infirmières constituent l'essence même du système de soins de santé au Canada.

Le système de santé actuel constitue une multiplicité de solitudes. D'une part, les gouvernements prennent des décisions financières qui menotent les administrateurs. On considère que les médecins sont distincts du système et qu'il faut les y intégrer. Comment assurer la qualité des soins lorsque l'attention converge sur le personnel comme centre de coût?

L'importance accordée à la réduction des coûts des soins de santé constitue une démarche à courte vue. Le public ne souhaite pas que l'on réduise l'accès. Mais il y a toutefois des pressions en faveur de la réduction de la qualité pour accroître l'accès, comme le recrutement de travailleurs qui peuvent fournir les mêmes services à un coût moindre. Combien en coûte-t-il toutefois pour traiter un événement indésirable?

Jusqu'à maintenant, l'attention a convergé en grande partie sur les listes d'attente et l'on n'en a pas accordé beaucoup aux événements indésirables ou évités de justesse, ce qui changera avec la publication, en 2004, du rapport des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

Les administrateurs et les gestionnaires d'établissements de santé constituent d'autres solitudes. Il se peut, par exemple, que les conseils d'administration ne soient pas le miroir des communautés qu'ils servent. Certains établissements ont des décideurs qui ont peu d'expertise dans le secteur de la santé, qui est 20 fois plus complexe que d'autres secteurs. D'autres industries, comme celle des services bancaires, disposent de ressources supplémentaires à déployer en cas d'urgence. On s'attend toujours à ce que le secteur de la santé se «débrouille», mais il ne peut reporter la prestation de services jusqu'à ce que l'économie se redresse. Il faut faire connaître plus efficacement la complexité du système de santé à d'autres intervenants. Il est trop simple, par exemple, de dire que chaque infirmière devrait occuper au complet le champ d'exercice de sa profession.

La profession infirmière compte aussi trois solitudes, soit les IA, les IAA et les infirmières psychiatriques autorisées. Les décisions sur la dotation en personnel doivent reposer sur des

données probantes. Le message semble toutefois contradictoire jusqu'à maintenant. D'une part, il y a des preuves de soins de qualité lorsque toutes les infirmières dispensent des soins à l'intérieur du champ d'exercice de leur profession. Par ailleurs, des recherches montrent que les résultats s'améliorent lorsque la dotation en IA augmente. Une diminution de la dotation en IA a-t-elle des effets indésirables sur les résultats des soins à long terme de longue durée et les soins à domicile? Le virage vers les prestataires de soins de santé non réglementés pourrait constituer le danger réel.

L'enjeu du coût par rapport à la qualité sous-tend ces multiples solitudes. A-t-on les moyens de payer une grande qualité? Les solutions de rechange, c.-à-d. le manque d'importance attachée à la qualité, coûte trop cher. La communication est cruciale. Les infirmières doivent se faire entendre lorsqu'elles ont des résultats de recherche qui appuient la qualité des soins.

Le système doit être honnête et transparent pour faire diminuer la culture du blâme qui y règne et pour effectuer le virage vers la culture de la sécurité recommandée par l'Institute of Medicine. Les poursuites en justice ne sont pas la solution.

Enfin, les bailleurs de fonds, administrateurs, fiduciaires, employeurs, chercheurs et praticiens doivent se réunir davantage. Les solitudes qui existent au sein du système canadien de soins de santé ne peuvent durer.

Épilogue

Messages à faire passer

Comme le révèlent les sections précédentes, les conférenciers et les participants ont discuté de nombreux résultats de recherche importants, ainsi que d'aspects importants des politiques et de la réglementation au cours de la séance de réflexion. Les participants se sont entendus en général sur les points suivants.

- Les erreurs au niveau de la composition du personnel infirmier peuvent entraîner des erreurs cliniques qui peuvent avoir des répercussions indésirables pour les patients et l'organisation.
- Les décisions sur la composition du personnel infirmier doivent reposer sur des données probantes.
- Les décisions sur la composition du personnel infirmier doivent tenir compte des compétences de base des IA et des IAA, de la lourdeur et de la complexité des soins dont les patients ont besoin, ainsi que des moyens d'appui disponibles dans le milieu.
- Beaucoup d'IA et d'IAA craignent que le recours accru aux travailleurs de la santé non réglementés, sans définition appropriée des rôles, ne menace les résultats pour les patients.

Les participants se sont entendus aussi sur plusieurs aspects liés à la recherche et au transfert de connaissances.

Recherche

- Il y a maintenant de solides données de recherche qui appuient le lien entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les patients en matière de sécurité, particulièrement dans les milieux de soins actifs :
 - plus la proportion de personnel infirmier réglementé est élevée, meilleurs sont les résultats pour les patients;
 - et
 - plus la proportion d'IA est élevée, meilleurs sont les résultats pour les patients
- Il faut effectuer des recherches sur le lien entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les patients dans les milieux de soins de longue durée, de soins de santé mentale, de soins à domicile et de soins communautaires.
- Il faut effectuer des recherches au sujet de l'impact de la pratique des IAA sur les résultats pour les patients dans tous les milieux.
- Il faut créer des outils d'aide à la décision afin d'aider à déterminer la composition appropriée du personnel infirmier nécessaire pour promouvoir la sécurité des patients et l'utilisation judicieuse des ressources humaines en soins infirmiers.

Transfert de connaissances

- Les résultats de recherche sont sous-utilisés parce qu'ils ne sont pas toujours accessibles pour ceux qui en ont besoin.
- Les infirmières dans les milieux de la recherche et de la pratique doivent s'assurer que les résultats de recherche sont accessibles pour les décideurs des gouvernements provinciaux/territoriaux, ainsi que pour les administrateurs et les gestionnaires au niveau de la pratique.

- Il faut collaborer davantage aux échelons local, provincial/territorial et national afin de faire mieux comprendre les champs d'exercice des IA et des IAA et de dégager une entente sur les outils nécessaires pour prendre des décisions portant sur la composition du personnel infirmier.

Autres initiatives

Une évaluation de la séance de réflexion indique qu'en général, la plupart des participants ont conclu qu'on avait satisfait à leurs attentes de la journée, mentionnant parmi les avantages les plus importants les possibilités de clarifier les enjeux, d'en apprendre davantage sur les recherches en cours et d'établir des contacts avec des collègues qui représentent un vaste éventail de domaines de pratique. On n'a pas abordé les étapes suivantes pour faire progresser cet effort, ce qui a préoccupé certains participants. L'AIIC est d'accord avec eux et souhaite présenter aux lecteurs un bref tour d'horizon de ses activités récentes et futures portant sur la composition du personnel infirmier et la sécurité du patient.

Documents stratégiques

Depuis la séance de réflexion, l'AIIC a publié un énoncé de position sur la sécurité du patient où elle affirme croire notamment qu'une démarche factuelle doit présider aux décisions sur les compétences infirmières et, par conséquent, sur le niveau et la composition du personnel infirmier nécessaires pour une population de patients en particulier dans un contexte donné. L'AIIC a aussi publié un exposé de politique intitulé *Les infirmières et la sécurité des patients – Document de travail* (2004). Ce document produit en partenariat avec le groupe de recherche sur la sécurité des patients de l'Université de Toronto vise à stimuler la discussion entre les infirmières, les autres prestataires de soins de santé, les employeurs, le public et les responsables des politiques sur les enjeux reliés aux infirmières et à la sécurité du patient. Les deux publications sont disponibles sur le site Web de l'AIIC (www.cna-aiic.ca).

Guide de ressources

L'AIIC a préparé un Guide de ressources sur la sécurité du patient afin d'aider les IA de tous les domaines de pratique à s'y retrouver dans la masse abondante de documents qui portent sur la sécurité du patient. Cet outil devrait être utile pour les infirmières qui cherchent à apporter les changements organisationnels nécessaires afin de promouvoir la sécurité du patient et de réduire le risque et les erreurs dans le système de santé. Le guide contient plus de 350 références regroupées en 11 catégories. Une de ces catégories est celle de la dotation en personnel infirmier et de la combinaison des compétences spécialisées. Le document sera disponible sous peu sur le site Web de l'AIIC.

Cadre d'évaluation

L'AIIC collabore avec l'Association des infirmier(ère)s auxiliaires du Canada (AIAC) et les Infirmières autorisées en psychiatrie du Canada (IAPC) à l'élaboration d'un cadre d'évaluation des décisions portant sur la composition du personnel infirmier. Ce projet vise à améliorer la vie au travail des infirmières en créant un cadre d'évaluation mixte des décisions sur la composition du personnel infirmier d'IA, d'IAA et d'infirmières psychiatriques autorisées. Ce projet s'inscrit dans le contexte d'un projet de plus grande envergure de l'AIIC, subventionné par Santé Canada, qui vise à appuyer les recommandations du rapport intitulé *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes* (2002). Les résultats sont attendus au printemps 2004.

Le Comité directeur du projet regroupe des représentants de l'Academy of Canadian Executive Nurses, de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières, de la Fédération nationale des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, de l'ACS, de l'AIIIC, de l'AIAC et des IAPC.

Étapes suivantes

L'Institut canadien sur la sécurité des patients a été créé récemment et l'on attend sous peu les résultats de la première étude des IRSC et de l'ICIS sur les événements indésirables. Compte tenu du climat de changement qui règne actuellement, l'AIIIC est d'avis que le moment est bien choisi pour faire progresser le programme de la sécurité du patient. Il faut réintégrer dans les budgets des soins de santé la sécurité du patient et la qualité des soins.

L'AIIIC a hâte de collaborer avec les partenaires des soins de santé des milieux infirmiers et d'autres disciplines, ainsi qu'avec le public. L'AIIIC et ses partenaires doivent conjuguer leurs efforts pour promouvoir un programme de recherche sur la sécurité du patient. Il faut créer une stratégie nationale sur les ressources humaines de la santé. Les décisions sur la planification des ressources humaines de la santé et la dotation en effectifs doivent reposer sur des données probantes. Il faut déterminer les indicateurs de la sécurité du patient sur lesquels les soins infirmiers et la composition du personnel infirmier ont des répercussions. Il faut déterminer les populations de patients et les contextes prioritaires où l'on a le plus besoin de données probantes pour appuyer les décisions sur la composition du personnel infirmier. Il faut traduire les résultats de recherche dans la langue et les outils des responsables des politiques, des administrateurs des soins de santé et des praticiens.

L'AIIIC met ses partenaires au défi d'aborder les questions de ressources humaines de la santé dans l'optique de la sécurité du patient afin de garantir que les patients reçoivent des soins sécuritaires et efficaces et que nos ressources humaines de la santé, qui sont limitées, sont utilisées judicieusement.

Références

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., et Silbur, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1623.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., et Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- American Nurses Association. (1997). *Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing, Length of Stay and Patient Outcomes*. Washington, DC : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S. et al. (2001). *Engagement et soins : Les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et leur système – Synthèse pour politiques*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.
- Blegen, M. A. et Vaughn, T. (1998). A Multisite Study of Nurse Staffing and Patient occurrences. *Nursing Economic\$, 16(4)*, 196-203.
- Buchan, J., Ball, J., et O'May, F. (2000). *Issues in health services delivery: Discussion Paper 3: Determining skill mix in the health workforce: Guidelines for managers and health professionals*. Genève : Grappe Données probantes et information pour le département Organisation des services de santé, Organisation mondiale de la santé.
- Clarke, S. P. (2003). Balancing staffing and safety. *Nursing Management*, 34(6), 44-48.
- Doran, D. M. (2003). *Nursing - Sensitive outcomes: State of the science*. Mississauga, ON : Jones and Bartlett Publishers.
- Doran, D. M., Sidani, S., McGillis Hall, L., O'Brien-Pallas, L., Pestrushen, P., Hawkins, J., et al. (n.d.). The relationship between baccalaureate education, nurse experience, practice patterns and patient outcome achievement. Manuscrit présenté pour publication.
- Institute of Medicine. (2004). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, D.C: National Academies Press.
- Kovner, C. et Gergen, P. J. (1998). Nurse Staffing Levels and Adverse Events Following Surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kovner, C., Jones, C., Zhan, C., Gergen, P.J., et Basu, J. (2002). Nurse staffing and post surgical adverse events: An analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996. *Health Services Research*, 37, 611-629.

- Mackay, G. et Risk, M. (2001). Building quality practice settings: An attributes model. *Journal of Nursing Leadership*, 14(3).
- McGillis Hall, L. (1997). Staff mix models: Complementary or substitution roles for nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 21(2), 31-39.
- McGillis Hall, L. et Doran, D. (2004). Nurse staffing, care delivery model and patient care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(1), 27-34.
- McGillis Hall, L., Doran, D., Baker, G. R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L., et al. (2003). Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Medical Care*, 41, 1096-1109.
- McGillis Hall, L., et Doran, D. (2004). Nurse staffing, care delivery model and patient care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(1), 27-34.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., et Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- O'Brien-Pallas, L., Doran, D., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., et al. (2001). Evaluation of a client care delivery model, part 1: Variability in nursing utilization in community home nursing. *Nursing Economic\$, 19(6), 267-276.*
- O'Brien-Pallas, L., Irvine Doran, D., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., et al. (2002). Evaluation of a client care delivery model, Part 2: Variability in client outcomes in community home nursing. *Nursing Economic\$, 20(1), 13-21, 36.*
- Santé Canada et Comité consultatif des ressources humaines en santé. (2002). *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Ottawa : auteur
- Sovie, M. D. et Jawad, A. F. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31, 588-600.
- Tourangeau, A. E., Giovannetti, P., Tu, J. V., et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 33(4), 71-88.

Annexe A : Participants à la séance de réflexion

Nom	Organisation
Ann Mann	College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia
Ann Sprague	Association des infirmières en santé des femmes, obstétrique et néonatalogie – Canada
Ann Tourangeau	Université de Toronto
Anne Sutherland Boal	Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique/RNABC
Audrey Danaher	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Barbara Davies	Association canadienne des écoles de sciences infirmières
Barbara Lowe	Registered Psychiatric Nurses Association of Alberta
Barb Oke	Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Beth Sparks	Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Bonnie Hall	Association canadienne des infirmières et infirmiers en gériatrie
Carolyn Hoffman	Santé Saskatchewan
Chris Bailey	Saskatchewan Association of Licensed Practical Nurses
Diane Wilson Maté	College of Registered Nurses of Manitoba
Donna Brunskill	Saskatchewan Registered Nurses' Association
Donna Higenbottam	College of Registered Psychiatric Nurses of British Columbia
Donna Hutton	Alberta Association of Registered Nurses
Elizabeth Bidfell	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Gabrielle Bridle	Association des infirmier(ière)s auxiliaires du Canada
Gail Fones	College of Registered Nurses of Manitoba
Gilles Lanteigne	Conseil d'agrément des services de santé
Heather Sherrard	Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
Irmajean Bajnok	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Jean Holmes	Winchester District Memorial Hospital
Jean Morrison	Région de santé de Saskatoon
Jeanne Besner	Calgary Health Region
Joan Sawatzky	Université de la Saskatchewan
Joan Toms	College of Registered Nurses of Manitoba
Jocelyn Bennett	Hôpital Mount Sinai
Judith Buchanan	Université du Nouveau-Brunswick
Judith Shamian	Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada
Judy Costello	Association canadienne des infirmières et infirmiers en soins intensifs
Karen McCarthy	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Lianne Jeffs	Université de Toronto
Linda Hamilton	College of Registered Nurses of Nova Scotia
Linda McGillis Hall	Université de Toronto
Lisa Little	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Lorraine Brake	Canadian Association of Practical Nurse Educators
Louise Jones	Academy of Canadian Executive Nurses
Louise Sweatman	Association des infirmières et infirmiers du Canada

Lucille Auffrey	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Lynn Redfern	Alberta Association of Registered Nurses
Madge Applin	Hay River Community Hospital
Marg Synyshyn	Infirmières autorisées en psychiatrie du Canada
Maria MacNaughton	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Nancy Fram	Services de santé de Hamilton
Noreen Richard	Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Pat Fredrickson	College of Licensed Practical Nurses of Alberta
Patricia Marck	Santé de la Capitale
Patricia McLean	Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
Paul D. Fisher	Council for Licensed Practical Nurses, Newfoundland
Paula Greco	Conseil canadien d'agrément des services de santé
Pauline Worsfold	Fédération nationale des syndicats d'infirmières et d'infirmiers
Robert Calnan	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Robert Shearer	Division des ressources humaines en santé, Santé Canada
Roxanne Tarjan	Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Sharon Chow	Saskatchewan Registered Nurses' Association
Sharon Sholzberg-Gray	Association canadienne des soins de santé
Sheryl Boblin	École d'infirmières de l'Université McMaster
Sue Beardall	Fonds canadien pour la recherche en services de santé
Sue Matthews	Infirmière en chef de l'Ontario
Sue Neilson	College of Registered Nurses of Manitoba
Sylvia Ptashnik	Collège communautaire Assiniboine
Verna Holgate	College of Licensed Practical Nurses of Manitoba
Wendy Winslow	Registered Nurses Association of British Columbia

Annexe B : Ordre du jour de la séance de réflexion

LA SÉCURITÉ DU PATIENT - INSTAURER LA BONNE COMPOSITION DU PERSONNEL INFIRMIER

Le 3 décembre 2003

8 h 30 – Mot de bienvenue

Robert Calnan, président, AIC

Revue de l'ordre du jour et de la démarche

Présentations et attentes des participants

Marc Valois, animateur

Mot d'ouverture

Lucille Auffrey, directrice générale, AIC

9 h – Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines : perspectives et défis liés à la composition du personnel infirmier

Robert Shearer, directeur, Division des stratégies des ressources humaines de la santé, Santé Canada

9 h 30 – Atelier : Résultats de recherche et défis

Jeanne Besner, directrice, Initiatives de recherche en soins infirmiers et en santé, Région de santé de Calgary

Linda McGillis Hall, professeure adjointe et nouvelle chercheuse IRSC, Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto

Participante

Roxanne Tarjan, directrice générale, Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

10 h 30 - Pause-santé

10 h 45 – Étude de cas : Utilisation des données probantes pour appuyer les changements de la composition du personnel infirmier

Jean Holmes, vice-présidente, Ressources humaines, Winchester District Memorial Hospital, Ontario

Lisa Little, conseillère en ressources humaines de la santé, AIC

Madge Applin, directrice des soins infirmiers, Hôpital communautaire de Hay River, Territoires du Nord-Ouest

11 h 45 – Discussion générale

12 h 30 - Déjeuner

13 h 30 – Rapport de la discussion générale

13 h 45 – Atelier : Enjeux et défis en matière de réglementation

Ann Mann, directrice générale/registraire, College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia

Donna Brunskill, directrice générale, Saskatchewan Registered Nurses' Association

Participante :

Ann Tourangeau, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto, et scientifique adjointe, Institut de recherche en services de santé, Ontario

14 h 45 – Pause-santé

15 h – Séance plénière et rapport

16 h – Défis et possibilités

Sharon Sholzberg-Gray, présidente et chef de la direction, Association canadienne des soins de santé.

Discussion en séance plénière

Marc Valois, animateur

16 h 30 – Clôture

Robert Calnan, président, AIC

Annexe C : Dotation en personnel infirmier et résultats pour les patients – Références (fournies par Linda McGillis Hall)

- Aiken, L. H. et Sochalski, J. (1997). Hospital restructuring in North America and Europe: Patient outcomes and workforce implications. *Medical Care Supplement*, 35(10), OS1-OS152.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M., et Silbur, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), 1617-1623.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., et Sloane, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-13.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. P., Sochalski, J., et Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L. H., Smith, H. L., et Lake, E. T. (1994). Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32, 771-787.
- American Nurses Association. (1997). *Implementing nursing's report card: A study of RN staffing, length of stay and patient outcomes*. Washington, DC: American Nurses Association.
- American Nurses Association. (1999). *Nursing-sensitive quality indicators for acute care settings and ANAs safety and quality initiative*. Extrait le 28 septembre 2003 de <http://nursingworld.org/readroom/fssafe99.htm>
- American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting: Report*. Washington, DC : auteur.
- Blegen, M. A. et Vaughn, T. (1998). A Multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics*, 16(4), 196-203.
- Blegen, M. A., Goode, C. J., et Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(19), 43-50.
- Blegen, M. A., Vaughn, T., et Goode, C. J. (2001). Nurse experience and education. *Journal of Nursing Administration*, 31(1), 33-39.
- Doran, D. M., Sidani, S., McGillis Hall, L., O'Brien-Pallas, L., Pestryshen, P., Hawkins, J., et al. (n.d.). The relationship between baccalaureate education, nurse experience, practice patterns and patient outcome achievement. Manuscrit soumis pour publication

- Kovner, C. et Gergen, P. J. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kovner, C., Jones, C., Zhan, C., Gergen, P.J., et Basu, J. (2002). Nurse staffing and post surgical adverse events: An analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996. *Health Services Research*, 37, 611-629.
- Mark, B. A., Salyer, J., et Wan, T. T. (2000). Market, hospital and nursing unit characteristics as predictors of nursing unit skill mix. *Journal of Nursing Administration*, 30(11), 552-560.
- Mark, B. A., Salyer, J., et Wan, T. T. H. (2003). Professional nursing practice: Impact on organizational and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(4), 224-234.
- McGillis Hall, L. (1997). Staff mix models: Complementary or substitution roles for nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 21(2), 31-39.
- McGillis Hall, L. (2003). Nursing staff mix models and outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2), 217-226.
- McGillis Hall, L., Doran, D., Baker, G. R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L., et al. (2003). Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Medical Care*, 41, 1096-1109.
- McGillis Hall, L., Doran, D., et Pink, G. (2004). Nurse staffing models, nursing hours and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45.
- McGillis Hall, L., et Doran, D. (2004). Nurse staffing, care delivery model and patient care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(1), 27-34.
- McGillis Hall, L., Irvine, D., Baker, G. R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L., et al. (2001). *A study of the impact of nursing staff mix models & organizational change strategies on patient, system & nurse outcomes*. Toronto, ON : Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé/Conseil ontarien des hôpitaux d'enseignement. ISBN# 0-7727-3603-0.
- McGillis Hall, L., Irvine, D., Baker, G. R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien Pallas, L., et al. (2002). Nurse staffing and work status in medical, surgical and obstetrical units in Ontario teaching hospitals. *Hospital Quarterly*, 5(4), 64-69.
- Mitchell, P. H., Heinrich, J., Moritz, P, et Hinshaw, A. S. (1997). Outcome measures and care delivery systems conference. *Medical Care Supplement*, 35, NS1-NS130.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., et Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- O'Brien-Pallas, L., Irvine Doran, D., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., et al. (2002). Evaluation of a client care delivery model, Part 2: Variability in client outcomes in community home nursing. *Nursing Economics*, 20, 13-21, 36.

Sovie, M. D. et Jawad, A. F. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31, 588-600.

Tourangeau, A. E., Giovannetti, P., Tu, J. V., et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 33(4), 71-88.

Wunderlich, G. S., Sloan, F. S., et Davis, C. K. (1996). *Nursing staff in hospitals and nursing homes: Is it adequate?* Washington, DC: National Academy Press.

Annexe D : Document de travail préparé pour la Séance de réflexion de l'AIC

*La sécurité des patients –
Instaurer la bonne composition
du personnel infirmier*

Document de travail préparé pour la

Séance de réflexion de l'AIC

3 décembre 2003



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

Tous droits réservés. On ne peut reproduire, stocker dans un système d'extraction de données ni transcrire, par un moyen (support électronique ou mécanique, photocopieur, enregistrement, etc.) ou sous une forme quelconque, une partie de ce document sans l'assentiment écrit de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2

Mai 2004

Téléphone : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404
Télécopieur : (613) 237-3520
Courriel : pubs@cna-aiic.ca
Site Web : www.cna-aiic.ca

Table des matières

Introduction	1
Contexte	2
Sécurité des patients.....	2
Champ d'exercice	2
Politique et recherche sur la composition du personnel infirmier	6
Politique sur la composition du personnel infirmier	6
Aides à la prise de décisions	8
Cadre décisionnel.....	8
Modèles de prise de décisions fondées sur la collaboration	10
Recherche sur la composition du personnel infirmier	11
La prise de décisions sur la composition du personnel infirmier : défis à relever	15
Insistance sur les tâches	15
Incertitude au sujet des rôles	16
Délégation, supervision et responsabilité : préoccupations	17
Autres défis	18
Pour aller de l'avant	19
Références	20

Introduction

La restructuration des soins de santé, les compressions budgétaires et les pénuries de professionnels de la santé ont obligé les organisations de soins de santé à prendre des mesures pour utiliser leurs ressources humaines de la façon la plus efficace possible. Une stratégie fructueuse à cet égard consiste à modifier la combinaison, au sein du personnel, des infirmières autorisées (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA)^{1,2} qui travaillent dans l'établissement ou l'organisme. Les changements de la composition du personnel infirmier³ ont dans certains cas rendu plus flous les rôles des IA et des IAA et ont semé une certaine confusion dans les administrations publiques, chez les employeurs et dans les deux groupes d'infirmières⁴ quant aux responsabilités qui reviennent à chaque groupe dans des milieux de travail donnés. Cette incertitude pourrait menacer la qualité des soins.

La prise des décisions sur la meilleure façon de jumeler les besoins des patients aux prestataires de soins appropriés est complexe. Tout en reconnaissant que le rapport coût-efficacité constitue un élément important de la prise de décision, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada⁵ (AIIC) est d'avis que la prise des décisions sur la dotation en personnel pivote sur le besoin d'assurer des résultats positifs pour les clients et de garantir la sécurité des patients au moyen d'une démarche factuelle (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2003). Il est essentiel d'évaluer l'impact que les décisions relatives à la dotation en personnel ont sur l'évolution de l'état de santé des clients.

Ce document doit servir à revoir le contexte où se prennent les décisions sur la composition du personnel infirmier, à décrire les politiques et les recherches connexes et à définir les lacunes et les défis. On prévoit que les praticiens, chercheurs, éducateurs, administrateurs, employeurs et stratèges s'inspireront de ce document pour définir les mesures à prendre afin de faire progresser ce travail. Ce document n'est axé que sur les décisions relatives à la combinaison des IA et des IAA au sein du personnel infirmier. Il ne porte pas sur les infirmières praticiennes, les infirmières autorisées en psychiatrie, les travailleurs de la santé non réglementées, ni sur d'autres disciplines de la santé.

¹ **N.D.T.** : Pour faciliter la lecture de ce document en français, les mots du genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

D'autre part, quoiqu'il existe en français trois titres réservés différents – selon la province – pour désigner une « registered nurse » (infirmière autorisée, infirmière immatriculée et infirmière) et qu'il soit souvent plus simple d'opter pour l'appellation la plus courte, dans ce document il a fallu choisir « infirmière autorisée » pour éviter toute confusion avec le mot « infirmière » tel qu'il est défini dans la note 4.

La même explication s'applique au choix de « infirmière auxiliaire autorisée » pour englober les trois titres français réservés (infirmière auxiliaire autorisée, infirmière auxiliaire immatriculée et infirmière auxiliaire) désignant une « licensed practical nurse (LPN) » ou une « registered practical nurse (RPN) ».

² Au Canada, en 2002, la profession infirmière comptait 230 957 infirmières autorisées (Institut canadien d'information sur la santé, 2003). En 2002, 60 123 infirmières auxiliaires autorisées (ICIS, 2003) travaillaient dans le secteur des soins infirmiers auxiliaires au Canada.

³ Dans ce document, on entend par composition du personnel infirmier la combinaison et le nombre des IA et des IAA qui dispensent des soins infirmiers directs et indirects aux clients.

⁴ Dans ce document, on entend par infirmières à la fois les IA et les IAA.

⁵ L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est une fédération de 11 associations professionnelles provinciales et territoriales, qui représente plus de 117 000 infirmières.

Contexte

Nous présentons ici deux concepts particulièrement pertinents à la discussion sur la prise de décisions relatives à la composition du personnel infirmier : la sécurité des patients et le champ d'exercice.

Sécurité des patients

Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays, et le Canada est du nombre, ont commencé à concentrer leur attention sur les enjeux liés à la sécurité des patients, reconnaissant que leurs systèmes de santé sont enclins à l'erreur et qu'il faut élaborer des stratégies afin de réduire le risque pour les patients. Au Canada, on a mis sur pied un comité directeur chargé d'élaborer une stratégie nationale intégrée sur la sécurité des patients. Dans son rapport, le comité a considéré la sécurité comme un aspect fondamental des soins de santé de qualité et a recommandé que le système de santé élabore, maintienne et favorise une culture de la sécurité (Comité directeur sur la sécurité des patients, 2002).

Au cours d'une enquête sur ce qu'elles pensent de la sécurité des patients à l'hôpital, les infirmières canadiennes ont répondu par une majorité écrasante que l'environnement où elles dispensent des soins représente un risque croissant pour leurs patients (Nicklin et McVeety, 2002). La charge et le rythme de travail, le manque d'infirmières et leur déploiement, ainsi que des problèmes de ressources humaines comme la pénurie de personnel de soutien et d'autres disciplines de la santé sont au nombre des thèmes mentionnés le plus souvent parmi ceux qui contribuent au risque en question (Nicklin et McVeety, 2002). Chacun de ces thèmes est relié à des décisions sur la composition du personnel infirmier.

Actuellement, lorsqu'on enquête sur des erreurs, on en cherche les causes profondes. Il existe une masse importante de textes sur les causes multiples des erreurs médicales, mais le présent document porte avant tout sur les publications récentes décrivant des facteurs qui pourraient être reliés à la prise de décisions sur la composition du personnel infirmier. Ces facteurs comprennent des effectifs insuffisants, une orientation et une formation inadéquates, le manque de surveillance continue de la compétence, l'absence d'un climat de respect, de responsabilité partagée et de communication ouverte entre les membres du personnel de diverses disciplines (Clarke, 2003).

L'AIC est d'avis qu'une façon de s'attaquer aux aspects du risque et de promouvoir une culture de la sécurité consiste à favoriser la collaboration pour la prise de décisions sur la composition du personnel infirmier, ainsi qu'à évaluer le lien entre la composition du personnel et les résultats pour les patients.

Champ d'exercice

Alors que l'on modifie la combinaison des IA et des IAA qui œuvrent dans divers milieux de soins, plusieurs rapports nationaux sur la profession infirmière insistent sur la nécessité de permettre aux infirmières de réaliser leur plein potentiel à la fois en tant que moyen d'instaurer l'efficacité sur le plan des ressources humaines dans le système de santé et en tant que stratégie de maintien des effectifs (Comité consultatif des ressources humaines en santé [CCRHS], 2000, 2002). On ne peut prendre de décisions sur la composition du personnel infirmier si l'on ne comprend pas d'abord clairement la nature du champ d'exercice des IA et des IAA.

Dans les discussions sur l'utilisation des IA et les IAA, les concepts de composition du personnel et de champ d'exercice manquent souvent de clarté. On entend par composition du personnel infirmier la combinaison et le nombre de membres du personnel soignant qui dispensent aux clients des soins infirmiers directs et indirects. La composition du personnel infirmier change lorsqu'on modifie le nombre d'IA et d'IAA dans un service donné, soit en embauchant davantage d'infirmières d'une catégorie en particulier, soit en remplaçant une catégorie d'infirmières par une autre.

Le champ d'exercice s'entend de l'éventail des rôles, fonctions, responsabilités et activités pour lesquels les infirmières ont reçu la formation et l'autorisation nécessaires (Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2000). Le champ d'exercice des prestataires de soins de santé réglementés comme les IA et les IAA est déterminé par: a) une loi provinciale ou territoriale; b) des normes d'exercice de la profession infirmière et des lignes directrices conformes à l'éthique établies par des organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation de la profession infirmière; c) la politique de l'employeur; d) les compétences de chaque infirmière⁶. Le champ global d'exercice de la profession déterminé par la législation et la réglementation définit les limites maximales d'exercice pour toutes les infirmières. Le champ réel d'exercice d'une IA ou une IAA en particulier est en général plus limité que celui de la profession même. En plus d'être déterminé par des mesures législatives et des normes, le champ d'exercice de l'infirmière dépend des connaissances de celle-ci, du milieu de travail (y compris des appuis disponibles), des exigences de l'employeur et des besoins du client (ARNNL, 2003).

Champ d'exercice complet

Compte tenu des divers facteurs qui jouent sur le champ d'exercice d'une infirmière en particulier, il est essentiel, pour dispenser des soins de santé sécuritaires et accessibles, de clarifier ce que veulent dire les recommandations selon lesquelles les infirmières devraient occuper leur champ d'exercice au complet. Toutes les infirmières ne peuvent occuper la totalité du champ d'exercice établi par des mesures législatives. Occuper leur champ d'exercice au complet signifie plutôt que les infirmières occupent tout le champ d'exercice que leur confère la loi, au maximum de leur compétence individuelle fondée sur leur formation et leur expérience. Autrement dit, le fait qu'une mesure législative sur les professions de la santé permette aux prestataires réglementés de poser certains actes en particulier ne signifie pas que chaque prestataire doit fournir tous les services prévus par la loi dans tous les milieux ou à tous les patients/clients (AARN, 2003, p. 6). Il faut aborder le champ d'exercice d'une façon flexible qui « permet aux prestataires de soins de santé d'exercer leur profession dans la mesure de leur formation, de leurs compétences spécialisées, de leurs connaissances, de leur expérience, de leur capacité et de leur jugement tout en répondant aux besoins des patients et de la population » (Association médicale canadienne, AIIC et Association des pharmaciens du Canada, 2003, p. 1).

⁶ On entend par compétences le savoir, le savoir-faire, le jugement et les qualités personnelles dont une infirmière a besoin pour exercer sa profession de façon sûre et conforme à la déontologie dans un rôle et un contexte désignés (AIIC, 2002).

L'existence de systèmes d'appui adéquats comme les programmes d'orientation et de perfectionnement professionnel a aussi un impact sur le champ d'exercice des infirmières. Une IA ou une IAA peut, par exemple, avoir reçu la formation nécessaire pour poser un acte en particulier, mais elle n'a peut-être pas eu l'occasion de le faire pendant des années. Sans supervision ni appui adéquats, le champ d'exercice de l'infirmière en question ne devrait pas inclure l'acte en cause.

Champ d'exercice en évolution

Infirmières, organismes de réglementation, responsables des politiques et autres interlocuteurs clés parlent depuis des années de l'évolution des champs d'exercice tant des IA que des IAA. Le champ d'exercice peut évoluer au fil du temps pour suivre l'évolution du système de santé (p. ex., insistance accrue sur les soins de santé primaires, nouveaux modèles de pratique en collaboration, accent mis sur les soins communautaires plutôt que sur les soins en établissement, nouveaux progrès technologiques, offre et demande de divers fournisseurs de santé possédant des compétences particulières) (AIIC, 2002).

Il peut arriver que les mesures législatives ou les normes de réglementation prévoient de temps à autre des modifications des champs d'exercice, mais l'évolution de ces derniers se produit plus souvent au niveau des milieux de travail. Un employeur peut, par exemple, décider que les IAA qui ont reçu une formation en matière d'administration des médicaments verront cette nouvelle responsabilité s'ajouter à leur champ d'exercice.

Champs d'exercice qui se chevauchent

Même si les études des IA et des IAA puisent au même tronc théorique des sciences infirmières, les différences au niveau de leur formation fondamentale produisent une base de savoir différente (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2002). À la suite de différences aux niveaux de l'envergure, de la profondeur et de la durée des programmes de formation, les champs d'exercice que la loi confère aux IA et aux IAA diffèrent (ARNNL, 2000). Il y a toutefois des domaines où les frontières sont floues et où les champs d'exercice des infirmières et des infirmières auxiliaires se chevauchent. Les IA et les IAA se partagent des compétences dans les domaines qui se chevauchent.

La plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux évoluent vers un modèle de champ d'exercice commun au lieu de maintenir les champs exclusifs de chaque prestataire de soins de santé réglementé. Cette évolution pourrait augmenter l'accès aux services de santé pour les clients. Avec la disparition des champs d'exercice exclusifs, la prestation des soins de santé vise avant tout à choisir les travailleurs de la santé qui pourront dispenser les soins les plus efficaces au coût le moins élevé. Le coût le plus bas est facile à déterminer, mais l'efficacité et la sécurité des soins sont plus difficiles à évaluer.

EN RÉSUMÉ

- Afin d'améliorer la sécurité des patients, le système de soins de santé doit établir, maintenir et favoriser une culture de la sécurité.
- Les infirmières du Canada craignent que le contexte des soins de santé d'aujourd'hui ne représente un risque croissant pour leurs clients.
- Grâce à une approche fondée sur la collaboration et à une évaluation du lien entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les clients, on contribuera à instaurer une culture de la sécurité.

- Le champ d'exercice est déterminé par : a) une loi provinciale ou territoriale; b) des normes de pratique infirmière et des lignes directrices déontologiques établies par les organismes provinciaux ou territoriaux de réglementation des infirmières; c) la politique de l'employeur; d) les compétences de chaque infirmière.
- Occuper leur champ d'exercice au complet signifie que les IA et les IAA occupent tout le champ d'exercice que leur attribue la loi compte tenu de leur compétence individuelle fondée sur leur formation et leur expérience.
- On ne peut prendre de décisions sur la composition du personnel infirmier avant de comprendre clairement le champ d'exercice des IA et des IAA.

Politique et recherche sur la composition du personnel infirmier

Après avoir exploré brièvement les questions de la sécurité des patients et du champ d'exercice, deux facteurs conceptuels qui posent des défis pour la prise de décisions sur la dotation en personnel infirmier, cette section passe en revue plusieurs initiatives en matière de politique et de recherche dans ce domaine. Il ne faut pas s'étonner de voir que l'on inclut souvent le champ d'exercice dans les discussions de politique et de recherche relatives à la composition du personnel, puisque les deux sujets sont interdépendants.

Politique sur la composition du personnel infirmier

Dans son rapport sur une *Stratégie pour les soins infirmiers au Canada*, le Comité consultatif sur les ressources humaines de la santé (CCRHS, 2000) a recommandé de maximiser l'utilisation et la capacité de toutes les infirmières, parce qu'il considère que cela est important pour répondre aux besoins des Canadiens dans le domaine de la santé tout en encourageant le maintien des effectifs infirmiers. Le comité indique que les employeurs ont de la difficulté à établir l'équilibre approprié entre les IA et les IAA, que celles-ci ne sont pas utilisées de façon uniforme au Canada et qu'elles déclarent que souvent, elles n'utilisent pas les compétences qu'elles ont acquises grâce à leur formation (CCRHS, 2000). On a aussi soulevé des questions portant sur la sous-utilisation des infirmières, mais elles échappent à la portée du présent document. Le comité insiste dans son rapport sur le fait qu'il n'y a pas de recherche concluante sur la composition optimale du personnel (voir la section suivante sur la recherche).

Dans une importante synthèse de politique, Baumann et al. (2001) se sont penchés sur les avantages d'un milieu de travail sain pour les infirmières, les patients et le système de santé. Les auteurs ont recommandé notamment qu'afin de créer pour les infirmières des milieux de travail sains qui favorisent en retour le mieux-être des patients, les employeurs répondent aux préoccupations soulevées par la dotation en personnel en recrutant suffisamment d'infirmières pour garantir une charge de travail raisonnable et régler les questions reliées à la composition du personnel, ainsi qu'à l'emploi à plein temps et à temps partiel.

Dans son rapport final, le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers a recommandé que les organismes de réglementation collaborent avec les infirmières, les employeurs, les syndicats, les éducateurs et les gouvernements afin de maximiser le champ d'exercice de toutes les infirmières (CCRHS, 2002). Il a aussi proposé que les employeurs ne définissent plus la pratique infirmière, mais adoptent plutôt des politiques qui permettent à chaque infirmière de fonctionner au maximum de ses capacités professionnelles selon les directives de l'ordre de sa province ou de son territoire. L'AIIC et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers auxiliaires (ACIIA)⁷ appuient toutes deux les recommandations du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers.

⁷ L'Association canadienne des infirmières et infirmiers auxiliaires (ACIIA) est l'association nationale qui représente les organisations provinciales/territoriales d'infirmières auxiliaires et des personnes affiliées de toutes les régions du Canada.

L'AIIC, l'ACIIA et d'autres entités se sont penchées sur le rôle particulier des IA ou des IAA dans le système de santé du Canada.

Dans son *Guide de discussion sur la contribution unique de l'infirmière*, l'AIIC a aidé à jeter les bases d'initiatives à venir sur la composition du personnel infirmier. Nombre de personnes qui ont examiné le document ont reconnu qu'il était opportun et important de distinguer clairement le rôle de l'IA et celui des autres membres du personnel infirmier et de clarifier davantage le champ d'exercice (Consultation nationale sur le rôle unique des infirmières [CNRUI], communication personnelle, mars 2002). On a défini les descripteurs critiques suivants de l'exercice infirmier : évaluation et promotion de la santé; réflexion critique et prise de décision; leadership; utilisation de la recherche et participation (AIIC, 2002). D'autres examinateurs ont indiqué que l'AIIC devrait concentrer son attention sur un modèle de pratique fondé sur la collaboration où tous les prestataires de soins infirmiers conjuguent leurs efforts pour améliorer l'état de santé de la population et l'efficacité du système de santé (CNRUI, communication personnelle, mars 2002).

Dans son document de discussion intitulé *Facing Forward*, l'ACIIA a analysé les tendances et les enjeux actuels et futurs des soins de santé, ainsi que leurs répercussions sur les infirmières auxiliaires du Canada. Au nombre des enjeux définis, mentionnons la sous-utilisation, la recherche d'une orientation interdisciplinaire fondée sur la collaboration dans la prestation des soins, l'évolution des rôles et des responsabilités, les programmes de maintien de la compétence, la promotion de l'identité de la profession, la pénurie de prestataires, le recrutement et le maintien des effectifs, le recours accru à des prestataires de soins non réglementés et l'appui continu de la recherche (Association canadienne des infirmières et infirmiers auxiliaires, 1999). Dans un deuxième document intitulé *Primary Health Care: What It Is and Where Do Licensed Practical Nurses (LPNs) Fit?*, on explore le rôle des IAA dans un modèle de soins de santé primaires et présente des exemples de façons d'améliorer ce rôle grâce à l'évolution de leurs compétences.

La sous-utilisation des IAA a été étudiée en détail. Dans une série de documents de travail publiés en Alberta, on a abordé l'intégration accrue des IAA dans les milieux de travail des régions régionales de la santé. On a relevé de nombreux obstacles à une plus grande utilisation des IAA, y compris les griefs des syndicats d'infirmières, les attitudes et les valeurs des infirmières gestionnaires, les perceptions erronées au sujet du champ d'exercice actuel des IAA, les attitudes de collègues de la profession infirmière et d'autres professionnels de la santé, le flou des communications et la résistance de certaines IAA (Health Authorities Health Professions Act Regulations Review Committee [HAHPARRC], 2002). On a proposé des lignes directrices pour mettre en œuvre le déploiement des IAA dans tout leur champ d'exercice; il s'agit notamment de clarifier la définition du «champ d'exercice complet», de souligner l'importance d'utiliser tous les professionnels de la santé dans leur «champ d'exercice complet», de favoriser une plus grande compréhension de la préparation scolaire des IAA et de leurs compétences, et d'élaborer, d'approuver et de mettre en œuvre des descriptions détaillées des compétences et des habiletés demandées aux IA, aux IAA et aux infirmières autorisées en psychiatrie (HAHPARRC, 2002).

Aides à la prise de décisions

Reconnaissant qu'il ne peut y avoir de formule simple pour définir la composition du personnel infirmier, l'AIIC, l'ACIIA et les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation de la profession ont produit de nombreux documents stratégiques qui visent à aider les infirmières et d'autres intervenants à prendre les décisions appropriées sur la composition du personnel et le champ d'exercice. L'AIIC a approuvé, par exemple, un énoncé de position établi conjointement avec l'Association médicale canadienne et l'Association des pharmaciens du Canada qui décrit les principes et les critères de détermination des champs d'exercice. Les trois organisations nationales sont d'avis que les décisions sur les politiques en la matière doivent faire passer l'intérêt des patients d'abord, reposer sur des principes qui reflètent un engagement envers le professionnalisme, l'acquisition continue du savoir et la sécurité des patients, tenir compte du besoin de modifications dans les lois et la réglementation pour appuyer l'évolution des champs d'exercice et mettre à contribution les professionnels de la santé dans les processus décisionnels (AMC, AIIC et APhC, 2003). Un énoncé de position de l'ACIIA sur le rôle et le champ d'exercice de l'infirmière auxiliaire comprend des principes semblables.

En 2003, l'AIIC a produit un énoncé de position au sujet des *Décisions sur la dotation en personnel pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires*, qui traite des principes et des critères clés sur lesquels doivent reposer les décisions relatives à la prestation de soins infirmiers sécuritaires. Ces principes comprennent l'accent mis sur la sécurité et les résultats factuels pour les clients, la reconnaissance des compétences uniques et partagées de chaque groupe de fournisseurs de soins et le rôle de chef de file des infirmières dans la mise en œuvre de la pratique en collaboration.

Les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des IA et des IAA et leurs associations professionnelles au Canada ont produit des énoncés de position, des attentes reliées à la pratique et des lignes directrices afin d'aider les infirmières, les employeurs et d'autres intervenants à prendre des décisions efficaces sur l'utilisation des IA et des IAA. Ces documents ont une trame commune : ils sont axés sur les résultats pour les patients, les solutions factuelles et les démarches fondées sur la collaboration.

Cadre décisionnel

Le concept des cadres décisionnels est de plus en plus répandu. L'énoncé de position de l'AIIC sur les décisions relatives à la dotation en personnel comporte un cadre qui s'appuie sur les travaux de plusieurs organismes provinciaux et territoriaux de réglementation de la profession. Le cadre comporte trois éléments constitutifs dont il faut tenir compte dans les décisions relatives à la composition du personnel infirmier : les clients, les compétences du prestataire de soins et le milieu de travail. Des critères sont proposés au sujet de chaque élément constitutif (voir tableau 1).

Tableau 1

Cadre pour la prise de décisions sur la composition du personnel infirmier : éléments constitutifs et critères choisis

Élément constituant	Critères choisis
Client	Complexité des besoins reliés aux soins Prévisibilité des résultats Risques d'évolution négative
Compétences des prestataires de soins	Éducation Expérience Expertise
Milieus de travail	Disponibilité des ressources et accès, y compris appui pour les infirmières, politiques, procédures, directives et protocoles médicaux afin de guider la prise de décisions

Note : Adapté de *Collaborative Nursing Practice in Alberta*, Alberta Association of Registered Nurses, College of Licensed Practical Nurses of Alberta et Registered Psychiatric Nurses Association of Alberta, 2003, Edmonton : auteurs; *Énoncé de position : Décisions sur la dotation en personnel pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires*, AIC, 2003, Ottawa : auteur; et *Attentes professionnelles : Guide sur l'emploi des IA et des IAA*, l'OIIO, 2002, Toronto : auteur.

Répondant au besoin défini d'une stratégie fondée sur la recherche pour déterminer le déploiement optimal d'infirmières dans des milieux de travail donnés, l'Alberta Association of Registered Nurses a poussé plus loin le concept du cadre décisionnel en élaborant une grille de questions clés fondées sur des recherches en cours afin d'appuyer les pratiques optimales de dotation en personnel. Parmi les questions que l'on pourrait considérer pour évaluer le caractère adéquat des décisions relatives à la dotation par rapport aux trois éléments constituants indiqués plus tôt (client, compétences des prestataires de soins, milieux de travail), mentionnons les suivantes :

- Qui sont vos patients/clients/résidents et de quels soins ont-ils besoin? Quels sont la gravité relative de l'état des bénéficiaires des soins, leur vulnérabilité et les risques associés, et que visez-vous sur le plan de l'évolution de leur état de santé?
- Quelles sont les ressources disponibles, y compris la préparation, les compétences, les besoins en supervision, les champs d'exercice que la loi confère au personnel infirmier et les appuis et systèmes environnementaux qui ont des répercussions sur la prestation des soins?
- Quels systèmes de freins et de contrepoids (consultation et participation, éducation et formation, surveillance et mécanismes redditionnels) pouvez-vous mettre en place afin de définir les risques pour les patients et le personnel, d'en faire rapport et de les gérer?
- Quels indicateurs cliniques surveillerez-vous continuellement pour évaluer les résultats des soins de façon à pouvoir évaluer l'efficacité de vos décisions sur la dotation en personnel et à y apporter les rajustements qui s'imposent?

Les réponses à de telles questions aideront à définir les besoins de dotation et guideront les affectations reliées au soin des patients/clients.

Modèles de prise de décisions fondées sur la collaboration

Il est plus facile de prendre des décisions appropriées sur la dotation lorsque tout le monde comprend les rôles et les responsabilités de tous les membres de l'équipe de soins infirmiers. Les

organismes de réglementation des IA et des IAA ont donc conjugué leurs efforts pour élaborer des modèles de prise de décisions fondées sur la collaboration et créer des ressources connexes. Jusqu'à maintenant, l'évaluation de l'impact des modèles fondés sur la collaboration a été limitée. Nous en décrivons brièvement ici trois modèles.

L'Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador et le Council for Licensed Practical Nurses ont élaboré des principes directeurs pour favoriser les milieux de pratique fondée sur la collaboration dans le cadre de leur projet sur les cercles d'apprentissage. On a organisé des séances de formation de deux jours pour des IA et des IAA dispensant des soins directs qui ont acquis des connaissances spécialisées particulières leur permettant de répondre plus efficacement aux enjeux reliés au champ d'exercice et de chercher à établir des relations fondées davantage sur la collaboration. Les résultats d'évaluation avant et après la séance de formation ont indiqué des gains aux niveaux de l'acquisition de connaissances nouvelles et du perfectionnement des compétences spécialisées, ainsi que des changements de croyances et d'attitudes qui se sont maintenus pendant la période d'évaluation de trois mois (ARNNL, 2002).

L'Alberta Association of Registered Nurses, le College of Licensed Practical Nurses of Alberta et la Registered Psychiatric Nurses Association of Alberta ont produit un document commun pour informer leurs membres, les employeurs, les collègues et le public au sujet des rôles et des responsabilités des infirmières. Le document comprend un tableau des facteurs liés aux clients, aux infirmières et à l'environnement, dont il faut tenir compte dans la prise de décisions sur l'utilisation des IA ou des IAA (AARN et al., 2003).

La Registered Nurses Association of British Columbia a collaboré avec la British Columbia Nurses' Union, le College of Licensed Practical Nurses et l'Hospital Employees Union pour créer un protocole établissant les principes clés et les lignes directrices qui constituent les étapes préalables obligatoires à la mise en œuvre sécuritaire de tout changement des rôles ou des responsabilités des IA et des IAA à l'égard de la pratique (British Columbia Nurses' Union, College of Licensed Practical Nurses of British Columbia, Hospital Employees Union et Registered Nurses Association of British Columbia, 2003).

Les modèles fondés sur la collaboration donnent naissance à de nombreux principes.

Les IA et les IAA

- collaborent pour dispenser des soins de qualité et sécuritaires qui maximisent les avantages pour les clients;
- sont responsables de leur propre pratique, doivent en rendre compte et agir dans les limites de leur champ d'exercice approuvé et des lois applicables;
- travaillent en fonction de leur propre niveau de compétence et s'informent davantage et consultent au besoin;
- reconnaissent qu'au sein de l'équipe de soins infirmiers, il existe des domaines de compétences partagées et des rôles qui se chevauchent, et que les champs d'exercice évoluent en fonction des besoins qui changent dans le domaine de la santé;
- doivent maintenir leur compétence et participer à des activités d'acquisition continue du savoir;
- doivent préconiser des milieux de travail propices à la prestation de soins sécuritaires, compétents, conformes à l'éthique, efficaces et efficaces sur le plan financier (AARN et al., 2003; ARNNL, 2002)

À mesure que l'on mettra en œuvre d'autres modèles fondés sur la collaboration, il importera d'en évaluer les répercussions sur les résultats à la fois pour les clients et pour les infirmières.

EN RÉSUMÉ

- Il faut maximiser l'utilisation et la capacité des IA et des IAA afin de répondre aux besoins de la population canadienne dans le domaine de la santé.
- Les décisions à prendre au sujet de la combinaison appropriée des IA et des IAA au sein du personnel infirmier sont complexes.
- Les documents stratégiques sur les IA et les IAA appuient le principe des décisions factuelles qui ont des répercussions positives sur l'évolution de l'état de santé des clients.
- On met au point des modèles fondés sur la collaboration afin d'améliorer la relation de travail entre IA et IAA.

Recherche sur la composition du personnel infirmier

Le volume des recherches au sujet de l'impact de la composition du personnel infirmier autant sur les clients que sur les infirmières est limité, mais prend de l'ampleur. Nous présentons ici une sélection restreinte de constatations qui portent sur l'évolution de l'état de santé des clients.

Les résultats d'une étude réalisée par McGillis Hall et Doran (2001) ont révélé qu'il existe un lien entre un pourcentage plus élevé d'IA et d'IAA dans les services internes de médecine/chirurgie et d'obstétrique et une plus grande indépendance fonctionnelle, un meilleur fonctionnement en société, la satisfaction à l'égard des soins obstétricaux et une réduction de la douleur au moment du congé. Des recherches effectuées dans des hôpitaux ont démontré l'existence d'un lien entre un nombre global plus élevé d'heures de soins infirmiers par client et un pourcentage plus élevé d'IA au sein des effectifs et une réduction de la durée des hospitalisations, des taux moins élevés d'infections urinaires et de saignement des voies gastro-intestinales supérieures chez les patients en médecine (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky, 2002). On a aussi établi un lien entre un pourcentage plus élevé d'heures de soins dispensés par des IA et des taux plus faibles de pneumonies, de chocs ou d'arrêts cardiaques et

de « non-sauvetages »⁸ (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky, 2002). D'autres chercheurs ont constaté qu'il y avait un lien entre un pourcentage plus élevé d'IA dans les effectifs et un taux plus faible de mortalité à 30 jours (Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood, 2002). À la suite d'une étude récente, on a conclu que les taux de mortalité et de non-sauvetage étaient moins élevés chez les patients en chirurgie dans les hôpitaux comptant des pourcentages plus élevés d'infirmières titulaires d'un baccalauréat ou d'un grade plus élevé (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane et Silber, 2003). Dans le domaine des soins infirmiers à domicile et des soins communautaires, des études ont démontré qu'il y avait un lien entre les soins dispensés par des IA titulaires d'un baccalauréat et le besoin de visites moins nombreuses (O'Brien-Pallas et al., 2001) et des résultats améliorés au niveau des connaissances et du comportement chez les clients par rapport à leur état de santé (O'Brien-Pallas et al., 2002).

Le Comité du SCFP/CSHO⁹ sur les IAA¹⁰ (2002) a déclaré dans un document de travail intitulé *RPN Scope of Practice* que l'utilisation plus efficace des IAA est la clé qui permettra de trouver des solutions durables pour les hôpitaux de l'Ontario (p. 14). Pour proposer d'augmenter le nombre des IAA dans les hôpitaux de l'Ontario et d'étendre leur champ d'exercice, le Comité s'est fondé sur l'expérience réalisée à l'Hôpital commémoratif d'Arnprior et du district (HCAD) où l'on a apporté plusieurs modifications aux tâches des IAA. Ces changements ont inclus une augmentation du nombre des IAA dans le ratio IA:IAA, l'exécution de tâches supplémentaires par les IAA, comme l'administration de médicaments aux patients en phase aiguë, en médecine/chirurgie ou atteints d'une maladie chronique et la prestation de soins aux patients en chirurgie, obstétrique, néonatalogie et urgence, sans oublier une contribution au plan de soins et à l'éducation des patients. Selon le rapport sur l'expérience réalisée à l'HCAD, l'application complète du champ d'exercice des IAA a été bénéfique pour les employeurs (p. ex., équilibre du personnel autorisé chargé de dispenser des soins de qualité, responsabilité budgétaire), les employés (p. ex., plus grande satisfaction au travail, meilleure sécurité d'emploi) et les patients (Comité des infirmières auxiliaires autorisées du Syndicat canadien de la fonction publique/Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario, 2000). Même si l'on a signalé des avantages pour les patients, on n'a pas précisé l'évolution de leur état de santé. On préconise dans le document de pousser plus loin la recherche sur les compositions appropriées du personnel infirmier réglementé dans les hôpitaux de soins actifs.

Le SCFP a publié récemment les résultats d'une étude portant sur la mesure dans laquelle les employeurs du secteur de la santé de cinq régions de santé de la Saskatchewan utilisaient bien les IAA. Une enquête réalisée auprès de presque 400 IAA a révélé que 60 % d'entre elles croyaient qu'on n'utilisait pas à fond leurs connaissances spécialisées, que les IAA des établissements de soins de longue durée étaient plus susceptibles d'être utilisées à fond et que presque 90 % des IAA se disaient frustrées de ne pas pouvoir utiliser leurs connaissances spécialisées (Syndicat canadien de la fonction publique, 2003). On a décrit cinq études de cas au cours desquelles les

⁸ On entend par « non-sauvetage » une mortalité causée par des complications (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et Silber, 2002). N.D.T. : on utilise aussi l'expression « échec des secours ».

⁹ Syndicat canadien de la fonction publique/Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario

¹⁰ En Ontario, on utilise en anglais le sigle RPN plutôt que LPN pour désigner les infirmières auxiliaires autorisées.

employeurs ont pris l'initiative d'utiliser au maximum leurs IAA. Dans chaque cas, les IAA et les gestionnaires croyaient dispenser de meilleurs soins de santé à leurs clients même si l'on n'a réalisé aucune évaluation officielle de l'évolution de l'état de santé des patients (SCFP, 2003). Des recommandations à l'intention d'autres régions et employeurs désireux d'utiliser plus à fond les IAA ont porté notamment sur l'élaboration de politiques claires, la sensibilisation des gestionnaires à des questions comme les champs d'exercice, les cadres de réglementation et la cohésion des équipes, le financement et l'appui nécessaires à des cours de perfectionnement, des programmes d'orientation, l'éducation des IA sur les compétences des IAA et la documentation des avantages qu'offre le déploiement d'IAA qui occupent tout leur champ d'exercice (SCFP, 2003).

Au cours d'une étude pilote réalisée en Ontario, Bergeron, Seeley et Spadoni (2002) ont analysé les perceptions et les aptitudes d'un groupe restreint de cadres pour déterminer comment on utilise actuellement les IAA et prévoir comment on les utilisera à l'avenir dans le contexte des soins actifs. Parmi leurs constatations, les chercheurs ont indiqué que le leadership organisationnel s'impose pour définir et mettre en œuvre le rôle étendu de l'IAA (p. 13). Des recherches plus poussées s'imposent pour valider les constatations de cette étude pilote.

La plupart des études au cours desquelles on a évalué l'impact de la composition du personnel sur l'évolution de l'état de santé des patients ont porté sur le ratio entre les travailleurs de la santé réglementés et non réglementés ou sur les niveaux généraux des effectifs infirmiers. Il n'y a en général pas de recherches traitant de la combinaison optimale des IA et des IAA susceptible de produire les meilleurs résultats pour les clients (Clarke, 2003), ni de l'impact précis de la pratique des IAA sur l'évolution de l'état de santé des clients, ni de l'impact du déploiement d'infirmières qui occupent tout leur champ d'exercice. On a exprimé des préoccupations au sujet du caractère généralisable des résultats de recherches en cours sur la composition du personnel à cause de l'importance du contexte et des milieux de travail et de l'influence du personnel non infirmier sur les résultats (Hailey et Harstall, 2001; Spilsbury et Meyers, 2001). On a relevé une autre lacune dans les recherches actuelles : l'évaluation ne porte parfois que sur la catégorie (à savoir le niveau) des travailleurs (p. ex., IA ou IAA), alors que la compétence est fonction non seulement des titres et qualités, mais aussi de l'expérience et des habiletés (Spilsbury et Meyers, 2001). Enfin, on n'a fait qu'une étude limitée de l'impact des décisions relatives à la composition du personnel du point de vue des patients (Spilsbury et Meyers, 2001).

Plusieurs études en cours au Canada visent à commencer à combler certaines de ces lacunes.

Dans le contexte d'un projet financé récemment et intitulé *Approche systématique pour maximiser le cadre des fonctions infirmières*¹¹, les chercheurs se pencheront sur le champ d'exercice et les limites de diverses catégories de personnel infirmier en même temps dans trois régions de santé de l'Alberta et de la Saskatchewan. On analysera, par exemple, les rôles des IAA en même temps que ceux des IA pour maximiser le champ d'exercice des deux groupes et éclairer le remaniement possible des rôles infirmiers afin d'optimiser la composition du personnel infirmier.

¹¹ La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé a subventionné cette recherche de Besner et Doran en 2003.

L'AIC a entrepris une étude pour évaluer les résultats des IA et des IAA qui occupent tout leur champ d'exercice. Les indicateurs de l'évaluation comprennent l'évolution de l'état de santé des patients qui est sensible aux soins infirmiers, les taux de satisfaction au travail, les taux d'absentéisme, etc. La recherche se déroule notamment dans un hôpital communautaire de l'Ontario et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Boblin et ses collaborateurs entreprennent une étude sur la prise de décisions dans le secteur infirmier qui vise à distinguer la prise de décisions chez les IA et les IAA en décrivant leurs similitudes et leurs différences. Cette étude s'inspire de recherches antérieures et est décrite plus en détail dans la section qui suit.

EN RÉSUMÉ

- Il existe une masse limitée mais croissante de résultats de recherche sur le lien entre la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les clients.
- Il y a peu de recherches sur la combinaison optimale d'IA et d'IAA susceptible de produire des résultats positifs pour les clients, sur l'impact particulier de la pratique des IAA ou sur l'impact que les IA et les IAA ont en occupant tout leur champ d'exercice.
- Des facteurs liés à la méthodologie limitent le caractère généralisable des constatations portant sur la composition du personnel infirmier.

La prise de décisions sur la composition du personnel infirmier : défis à relever

L'insistance sur les tâches, l'incertitude au sujet des rôles, les préoccupations soulevées par la responsabilité civile et les répercussions de la délégation de la supervision sur la gestion des risques sont au nombre des défis à relever lorsqu'il s'agit de prendre des décisions sur la composition appropriée du personnel infirmier.

Insistance sur les tâches

La convergence sur leurs activités ou leurs tâches compliquent la prise de décisions sur l'utilisation appropriée des IA et des IAA. Les IA craignent qu'il soit difficile de saisir la complexité de la pratique infirmière si l'on concentre toute l'attention sur les tâches.

Un exemple d'une IA illustre cette préoccupation.

En amenant le patient en psychiatrie prendre une marche, l'infirmière peut effectuer une évaluation physique et psychologique qui porte notamment sur la capacité du patient de se concentrer sur une tâche, et interpréter l'environnement de la personne et son orientation dans toutes les sphères d'activité. Il peut sembler à prime abord que n'importe qui peut amener le patient prendre cette «marche», mais c'est toutefois le seul moyen pour l'infirmière d'établir la relation thérapeutique infirmière-client et d'effectuer l'évaluation infirmière (bio-psycho-socio-spirituelle) (NCURRN, communication personnelle, mars 2002).

L'affectation de membres du personnel en fonction des tâches à accomplir peut aussi créer des charges de travail lourdes qui ne laissent pas de temps pour d'autres aspects importants des soins infirmiers comme la surveillance des complications qui peuvent avoir des répercussions sur la sécurité des patients (non-sauvetage) (Clarke, 2003).

L'insistance sur les tâches ne concorde pas avec la démarche fondée sur les compétences que suivent les organismes de réglementation des IA et des IAA. Tenir compte des compétences dont les infirmières ont besoin oriente davantage la prise de décisions en matière de dotation dans le meilleur intérêt du patient. Les compétences désignent les connaissances, le savoir-faire, le jugement et les qualités personnelles spécifiques dont les professionnels de la santé réglementés ont besoin pour pratiquer en toute sécurité et de façon conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu désignés (AIIC, 2002). Insister sur les compétences plutôt que sur les tâches concorde avec l'opinion selon laquelle « les aspects techniques et cognitifs des soins infirmiers sont indissociables » (OIIO, 2002, p. 6). La compétence technique du prestataire ne peut constituer le seul facteur décisif dans l'attribution des responsabilités cliniques (AARN, 2003). Les aspects de la pratique infirmière liés à la cognition comprennent l'évaluation, la réflexion critique, la prise de décision, la détermination, l'enseignement, la participation des patients/clients à la prise de décision, l'appui affectif et la coordination des soins dispensés aux patients/clients.

Nous décrivons aussi brièvement certaines recherches sur deux dimensions liées à la cognition, soit la prise de décision et la réflexion critique.

Boblin-Cummings, Baumann et Deber (1999) ont défini les éléments constitutifs critiques et complexes du processus de prise de décision. S'inspirant de ces travaux, Royle, DiCenso, Baumann, Boblin-Cummings, Blythe et Mallette (2000) ont révélé que la façon dont les IA et les IAA prennent des décisions présente des différences mesurables. Les IA et les IAA ont déclaré prendre souvent des décisions et avoir peu de difficulté à le faire. On a toutefois constaté des différences statistiquement significatives au niveau de la fréquence des décisions que prennent les IA et les IAA et de la difficulté qu'elles ont à les prendre. On a recommandé d'effectuer des recherches supplémentaires sur les raisons qui sous-tendent les différences révélées par ces constatations. Une autre étude en cours¹² vise à définir et décrire la prise de décisions chez les infirmières et l'effet de variables comme l'éducation, l'expérience et le contexte sur la prise de décisions. On veut ainsi distinguer la prise de décisions chez les IA et les IAA en décrivant leurs similitudes et leurs différences. La différenciation servira à étudier des enjeux liés aux politiques, à la recherche et à l'éducation.

D'autres recherches ont porté sur la réflexion critique et ses liens avec la compétence clinique (May, Edell, Butell, Doughty et Langford, 1999). Les résultats de recherche portant sur les aspects de la pratique infirmière liés à la cognition, comme la prise de décisions et la réflexion critique, sont utiles lorsqu'il s'agit de déterminer la meilleure façon de jumeler les compétences du prestataire de soins de santé aux besoins du client.

Incertitude au sujet des rôles

La collaboration fructueuse dans la prestation de soins infirmiers passe par des prestataires de soins qui comprennent clairement leurs rôles, leurs responsabilités et leur champ d'exercice, ainsi que ceux de leurs collègues. Pour certaines IA, l'expansion du champ d'exercice des IAA et ses répercussions sur la prestation des soins à l'intérieur de l'équipe des soins infirmiers constituent l'enjeu le plus pressant en ce qui concerne la composition du personnel infirmier. Ces infirmières ont signalé à l'AIIIC qu'elles pensent perdre le contrôle de leur pratique et que la sécurité de leurs patients les préoccupe. Les IAA sont préoccupées par les obstacles qui les empêchent d'occuper tout leur champ d'exercice, cause de leur sous-utilisation dans les établissements de santé du Canada. Même si les IAA peuvent peut-être s'occuper de patients dans un service, des employeurs préfèrent la flexibilité que leur offre l'embauche d'IA qui peuvent dispenser tous les soins. Des IAA ont aussi signalé qu'il se peut que des gestionnaires d'établissements de santé ne connaissent pas bien les changements survenus dans la formation des IAA et les possibilités qu'elles ont de maintenir leurs connaissances et leurs compétences.

Il est difficile de se fonder sur des énoncés des champs d'exercice et sur des définitions de la pratique infirmière figurant dans des textes législatifs pour déterminer s'il faut une IA ou une IAA dans une situation donnée, parce que ces énoncés ont tendance à être très généraux, ce qui peut rendre leur application non uniforme dans les milieux de soins de santé. Des infirmières ont constaté que les champs d'exercice définis dans des textes législatifs ne donnent pas toutes les réponses nécessaires pour déterminer la dotation en personnel favorable à de bons résultats pour les patients.

¹² Le Secrétariat des soins infirmiers du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario subventionne cette recherche de Boblin, Baxter, Alvarado, Baumann et Akhtar-Danesh.

Les employeurs peuvent aussi établir, dans des descriptions d'emploi, des politiques et des procédures, les rôles et les fonctions attendues des IA et des IAA. Dans ce cas aussi, il y a souvent manque d'uniformité : des infirmières de certaines organisations de santé et de certains territoires ou provinces peuvent poser un plus vaste éventail d'actes infirmiers que d'autres. Le champ d'exercice des IAA qui œuvrent dans les établissements de soins de longue durée peut, par exemple, inclure l'administration de médicaments et la prise en charge de thérapies intraveineuses. Dans les hôpitaux de soins actifs, leur champ d'exercice peut être plus limité par rapport à ces actes.

Dans les relations de travail, l'incertitude au sujet des rôles crée des tensions qui ont des répercussions sur les patients autant que sur les infirmières. Des recherches ont démontré qu'il y a un lien positif entre la qualité de la communication au sein du personnel infirmier et l'évolution de l'état de santé des patients (McGillis Hall et Doran, 2001). Il est essentiel d'apprendre à communiquer et à collaborer pour alléger la tension. Les IA et les IAA doivent comprendre clairement leurs rôles, leurs responsabilités et leurs champs d'exercice respectifs.

Délégation, supervision et responsabilité : préoccupations

Les IA ont des questions au sujet de leurs responsabilités en matière de délégation et de supervision, ainsi que de leur responsabilité civile en ce qui a trait à la mise en œuvre des champs d'exercice étendus pour les IAA. Elles craignent, par exemple, d'être trouvées responsables si une IAA, qui agit sans dépasser les limites du champ d'exercice que lui confère la loi, commet une erreur de médication. Les IAA considèrent comme des obstacles à l'occupation de tout leur champ d'exercice (FCSP, 2003) les conceptions erronées des IA qui se croient responsables des actes posés par les IAA ou obligées de superviser directement leur travail.

La diversité des modèles de soin a créé de la confusion au sujet de la délégation, de la supervision et de la responsabilité civile. En général, les IA et les IAA travaillent ensemble comme membres d'une équipe, sont responsables de leurs actes et doivent en rendre compte. Lorsque les IAA ont les compétences nécessaires pour poser des actes prévus dans le champ de l'exercice que leur confèrent la loi et la politique de leur employeur, elles peuvent pratiquer en autonomie. Si les soins requis dépassent leur niveau de compétence, les IAA doivent s'informer et consulter davantage. Dans la plupart des cas, l'IA doit rendre compte de la décision relative à l'affectation des soins aux patients. Pour assigner des soins sans danger, il est essentiel d'établir des attentes relatives à la communication et à la supervision entre l'IA responsable de l'assignation et l'IAA qui l'accepte (AARN, 2003). Par exemple, comment la communication entre l'IA et l'IAA sera-t-elle maintenue et quelle supervision sera disponible si, par exemple, les soins dont a besoin un patient confié à une IAA changent et dépassent ses compétences?

Certains modèles permettent aux IA de déléguer des tâches de leur champ d'exercice à d'autres prestataires de soins de santé comme les IAA, dans certaines situations en particulier. La responsabilité découlant de la délégation est partagée entre l'employeur, l'IA et l'IAA. Les associations professionnelles et les organismes de réglementation des provinces et des territoires et d'autres interlocuteurs comme la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada ont produit des lignes directrices décrivant les responsabilités de chacun. La question des responsabilités administrative et civile est complexe et soulève des discussions détaillées qui dépassent la portée du présent document. À cause des préoccupations exprimées par les IA et les IAA, il faut inclure ces enjeux dans les programmes d'éducation de base et continue.

Autres défis

On a défini d'autres défis qui jouent sur la prise de décisions au sujet de la composition du personnel infirmier à partir de rapports anecdotiques d'infirmières, ainsi que d'autres documents (p. ex., HAHPARRC, 2002). Certains défis découlent de la résistance au changement. On a noté des facteurs liés au milieu de travail, y compris le moral généralement bas du personnel, qui est attribuable au surmenage, et les épreuves de force entre des personnes plutôt que l'orientation vers le travail d'équipe (HAHPARRC, 2002). Il y a aussi des défis liés à l'éducation comme la rivalité entre étudiantes infirmières et infirmières auxiliaires pour des stages cliniques, la pénurie de précepteurs spécialisés et le manque de programmes qui permettent aux prestataires de soins infirmiers de passer d'une catégorie à une autre et qui incluent une évaluation du savoir acquis.

EN RÉSUMÉ

- Lorsque l'attention est concentrée sur les tâches, on ne saisit pas la complexité des soins infirmiers.
- On ne peut séparer les aspects techniques et cognitifs de la pratique infirmière.
- La prise en considération des compétences infirmières nécessaires pour s'occuper des clients oriente mieux la prise de décisions en matière de dotation que l'insistance sur les tâches.
- Le manque de clarté des rôles des IA et des IAA crée des tensions dans les relations de travail.
- Les IA et les IAA doivent comprendre leurs rôles, champs d'exercice, responsabilités respectifs et les répercussions de la délégation et de la supervision sur la gestion des risques.

Pour aller de l'avant

Il faut relever les défis décrits dans ce document pour assurer que les décisions sur la combinaison optimale des IA et des IAA dans tous les milieux de soins de santé reposent sur des données factuelles et ont un impact favorable sur la sécurité des patients. Il est essentiel de tenir compte des compétences infirmières nécessaires au soin des patients dans la planification des ressources humaines de la santé et l'établissement de politiques sur les changements dans le système de soins de santé. Jusqu'à maintenant, la discussion sur la composition du personnel infirmier a porté en grande partie sur le contexte des hôpitaux de soins actifs. Il importe de jumeler les compétences des infirmières aux besoins des patients et des clients dans les milieux de soins de longue durée, de soins à domicile et d'autres soins de santé communautaires. L'efficacité des décisions sur la dotation en personnel infirmier appuie la démarche des soins de santé primaires dont un des principes de base prévoit que les clients recevront des soins appropriés de la part d'un professionnel de la santé approprié et dans un délai approprié.

Pour garantir que les Canadiens recevront des soins sûrs et efficaces, nous devons conjuguer nos efforts et aller de l'avant à l'égard de ces enjeux. Nous invitons les praticiens, chercheurs, éducateurs, organismes de réglementation, administrateurs, employeurs et responsables des politiques à se pencher sur les questions suivantes.

MATIERE A REFLEXION

1. Quelles sont les lacunes de la recherche dans le domaine de la sécurité des patients et de la combinaison des IA et des IAA au sein du personnel?
2. Quelles sont les lacunes au niveau des politiques?
3. Quelles stratégies d'éducation s'imposent pour améliorer la sécurité des patients en ce qui a trait à la composition du personnel infirmier?
4. Quels outils et quelles ressources faut-il pour aider des organismes de soins de santé à prendre des décisions factuelles sur la composition du personnel?
5. Comment promouvoir et maintenir une stratégie de collaboration dans ces domaines?

Références

- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M. et Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(11), 1617-1623.
- Alberta Association of Registered Nurses, College of Licensed Practical Nurses of Alberta, et Registered Psychiatric Nurses Association of Alberta. (2003). *Collaborative nursing practice in Alberta*. Edmonton : auteurs.
- Alberta Association of Registered Nurses. (2002). *Best practice guidelines: Research-based staffing for the delivery of nursing care*. Edmonton : auteur.
- Alberta Association of Registered Nurses. (2003). *Guidelines for assignment of patient/client care & staffing decisions*. Edmonton : auteur.
- Association des infirmier(ière)s auxiliaires du Canada. (1999). *Facing forward: Current and future health care trends and issues and the implications for Canada's practical nurses*. Scarborough (ON) : auteur.
- Association des infirmier(ière)s auxiliaires du Canada. (2000). *Position statement No. 6: Role and scope of practice of the practical nurse*. Extrait le 10 septembre 2003 de www.yourwebperson.com/cpna/position6.shtml
- Association des infirmier(ière)s auxiliaires du Canada. (2000). *Primary health care: What it is and where do licensed practical nurses (LPNs) fit?* Scarborough (ON) : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Guide de discussion – La contribution unique de l'infirmière*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *La pratique infirmière avancée : Cadre national* (éd. rév.). Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). *Énoncé de position : Décisions sur la dotation en personnel pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires*. Ottawa : auteur.
- Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des pharmaciens du Canada. (2003). *Champs d'exercice – Déclaration conjointe*. Ottawa : auteurs.
- Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. (2000). *Guidelines regarding shared scope of practice with licensed practical nurses*. St. John's (TN) : auteur.
- Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. (2002). *Learning circles project report*. Extrait le 19 septembre 2003 de www.arnnl.nf.ca

- Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. (2003). *Scope of nursing practice: Definition and guidelines for decision making (draft)*. St. John's (TN) : auteur.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Doran et al. (2001). *Engagement et soins : Les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et leurs systèmes – Synthèse pour politiques*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.
- Bergeron, C., Seeley, J., et Spadoni, M. (2002). Partners in research. Manager's perceptions of and attitudes towards the role of the registered practical nurse. *Care Connection*, 17(3), 11-13.
- Boblin-Cummings, S., Baumann, A., et Deber, R. (1999). Critical elements in the process of decision making: A nursing perspective. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(1), 6-13.
- British Columbia Nurses' Union, College of Licensed Practical Nurses of British Columbia, Hospital Employees Union, et Registered Nurses Association of British Columbia. (2003). *Process for change in practice roles*. Burnaby (C.-B.) : auteurs.
- Clarke, S. P. (2003). Balancing staffing and safety. *Nursing Management*, 34(6), 44-48.
- Comité consultatif des ressources humaines en santé. (2000). *Stratégie pour les soins infirmiers au Canada*. Ottawa : auteur.
- Comité consultatif des ressources humaines en santé. (2002). *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes – Rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*. Ottawa : auteur.
- Comité directeur sur la sécurité des patients. (2002). *Accroître la sécurité du système : Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*. Ottawa : auteur.
- Hailey, D., et Harstall, C. (2001). *Information paper: Nursing skill mix and health care outcomes*. Edmonton: Alberta Heritage Foundation for Medical Research.
- Health Authorities Health Professions Act Regulations Review Committee. (2002). *Proposed implementation guidelines for deploying licensed practical nurses to their full scope of practice*. Edmonton : auteur.
- Health Authorities Health Professions Act Regulations Review Committee. (2002). *Towards increased integration of LPNs into health authority employment settings*. Edmonton : auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2003). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada*. Ottawa : auteur.

- Institut canadien d'information sur la santé. (2003). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada*. Ottawa : auteur.
- May, B. A., Edell, V., Butell, S., Doughty, J. et Langford, C. (1999). Critical thinking and clinical competence: A study of their relationship in BSN seniors. *Journal of Nursing Education*, 38(3), 100-110.
- McGillis Hall, L., et Doran, D. I. (2001). *A study of the impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes: A summary report of the nursing staff mix outcomes study*. Extrait le 19 septembre 2003 de www-fhs.mcmaster.ca/nru/documents/web.McGillis%20Hall.pdf.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Nicklin, W., et McVeety, J. E. (2002). Canadian nurses' perceptions of patient safety in hospitals. (2002). *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 1-11.
- O'Brien-Pallas, L., Doran, D. I., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., et al. (2001). Evaluation of a client care delivery model, part 1: Variability in nursing utilization in community home nursing. *Nursing Economics*, 19(6), 267-276.
- O'Brien-Pallas, L., Doran, D. I., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., et al. (2002). Evaluation of a client care delivery model, part 2: Variability in client outcomes in community home nursing. *Nursing Economics*, 20(1), 13-21, 36.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2002). *Attentes professionnelles : Guide sur l'emploi des IA et des IAA*. Toronto : auteur.
- Royle, J., DiCenso, A., Baumann, A., Boblin-Cummings, S., Blythe, J. et Mallette, C. (2000). RN and RPN decision making across settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(4), 11-18.
- Spilsbury, K., et Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: Lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 3-14.
- Syndicat canadien de la fonction publique. (2003). *Report on the utilization of licensed practical nurses in Saskatchewan: Results of a survey of LPNs in five health regions and case studies of five workplaces*. Ottawa : auteur.
- Syndicat canadien de la fonction publique/Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario – Comité des infirmières auxiliaires autorisées. (2002). *RPN scope of practice: Discussion paper*. Toronto : Syndicat canadien de la fonction publique.
- Tourangeau, A. E., Giovannetti, P., Tu, J. V. et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 33(4), 71-88.