



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA*

TROUSSE D'OUTILS SUR LA DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL INFIRMIER FONDÉE SUR LES DONNÉES PROBANTES

Contenu accessible

© Droits d'auteur 2015, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2. Tous droits réservés. La permission de reproduction est accordée à des fins non commerciales et à condition qu'aucun changement ne soit apporté au contenu. Consultez <https://www.cna-aiic.ca/fr/conditions-dutilisation> pour connaître toutes les conditions et modalités liées à la reproduction.

* L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA et le logo de l'AIIC sont des marques de commerce déposées de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada/Canadian Nurses Association

Table des matières

Introduction	3
Module 1	5
Section 1 : En quoi consiste la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes?.....	5
Section 2 : Quel est votre rôle en tant qu'infirmière ou infirmier?	7
Section 3 : Vérifiez vos connaissances.....	9
Conclusion.....	10
Module 1 - Ressources.....	10
Module 1 - Références	12
Module 2	12
Section 1 : Résultats fondés sur les données probantes de la dotation sécuritaire en personnel infirmier	13
Questions	13
Réponses :	14
Réponses :	17
Section 2 : Expériences véritables.....	24
Section 3 : Vérifiez vos connaissances.....	28
Module 2 - Ressources.....	29
Module 2 - Références	32
Module 3	35
Section 1 : Composantes de la dotation sécuritaire en personnel infirmier	35
Section 2 : Où trouver des outils.....	48
Section 3 : Choisir des outils	53
Section 4 : Appliquer les principes de la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes.....	54
Section 5 : Vérifiez vos connaissances.....	59
Module 3 - Références	60
Module 4	62
Section 1 : En quoi consiste l'analyse de rentabilité?	62
Section 2 : En quoi consiste la note de breffage?.....	63
Section 3 : Présenter son analyse de rentabilité.....	64
Section 4 : Comment aborder les préoccupations communes?.....	64
Section 5 : Quel est votre argument éclair?.....	66

Conclusion.....	68
Module 4 - Ressources.....	68

Trousse d'outils sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes

Introduction

Je suis Anne Sutherland Boal, chef de la direction de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Je m'appelle Linda Silas, et je suis la présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. Our two organizations have come together to create an evidence-based, safe nurse staffing toolkit.

La sécurité des patients est une responsabilité professionnelle et un aspect essentiel des soins infirmiers, comme le soulignent le Code de déontologie des infirmières et infirmiers de l'AICC, les compétences d'admission à la pratique et les normes de pratique.

La dotation sécuritaire du personnel infirmier touche non seulement les patients. Elle est aussi importante pour le bien-être, la santé et la sécurité des infirmières et infirmiers, et des autres fournisseurs de soins. La dotation sécuritaire efficace permet aussi à notre système de santé de mieux fonctionner.

Cette trousse d'outils vous aidera à promouvoir la sécurité des patients grâce à la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes. Cette trousse d'outils vous permettra de vérifier vos connaissances, d'écouter les témoignages de vos collègues infirmiers et d'établir dans votre milieu de travail le bien-fondé de la dotation sécuritaire en personnel infirmier en vous fondant sur les données probantes.

Lorsque vous aurez terminé, n'oubliez pas d'imprimer votre certificat de participation afin de démontrer votre engagement au maintien de vos compétences et au perfectionnement professionnel.

Merci à nos partenaires qui ont contribué à la mise en oeuvre de cette trousse d'outils : Agrément Canada, Académie des chefs de direction en soins infirmiers, Institut canadien pour la sécurité des patients et Santé Canada.

Un mot au sujet de la terminologie...

L'AIC et la FCSII reconnaissent que les infirmières et infirmiers travaillent dans divers milieux de soins. Dans cette trousse d'outils, nous appelons les bénéficiaires de soins les patients, terme que nous utilisons de façon interchangeable pour aussi désigner les clients, les résidents, les familles, les groupes et les populations. Par ailleurs, pour alléger le texte, les différents groupes d'infirmières et infirmiers, soit les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées portent le genre féminin, mais comprennent le genre masculin. De plus, on appelle les infirmières cliniciennes spécialisées les ICS, et les infirmières praticiennes, les IP.

Cette trousse d'outils sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes comporte quatre modules. Combinés, ces modules aident à équiper les infirmières et infirmiers, ainsi que les gestionnaires des soins infirmiers, des connaissances, compétences et outils nécessaires pour aborder les enjeux de la sécurité des patients, les lacunes dans la pratique infirmière ou les préoccupations entraînées par les pratiques non sécuritaires dans la dotation en personnel infirmier.

Le Module 1 vous présentera les éléments de base de la dotation sécuritaire en personnel infirmier et vous montrera comment vous, en tant qu'infirmière ou infirmier, pouvez améliorer les résultats pour vos patients et leurs familles, pour votre milieu de travail, ainsi que pour vous-même.

Le Module 2 explore les données probantes qui appuient la dotation sécuritaire en personnel infirmier.

Le Module 3 offre des outils qui appuient la dotation sécuritaire en personnel infirmier.

Le Module 4 vous aidera à élaborer un dossier pour influencer la prise de décisions à ce sujet.

Vous devriez prévoir environ 20 minutes pour terminer chaque module. Chaque module s'ajoute au module précédent. Il est idéal de les faire en ordre, mais ce n'est pas obligatoire. Vous êtes libres de suivre l'ordre que vous préférez. Cliquez sur un module pour débiter.

Module 1

Bienvenue au Module 1. Dans ce module, on vous présentera les éléments de base et les composantes nécessaires à la dotation sécuritaire en personnel infirmier. Lorsque vous aurez terminé, vous comprendrez mieux comment votre rôle en tant qu'infirmière ou infirmier permet d'améliorer les résultats pour les patients et leurs familles, mais aussi pour vous-même et votre milieu de travail.

Êtes-vous préoccupés par la sécurité des patients dans votre milieu de travail?

Les décisions sur la dotation en personnel infirmier ont-elles un impact sur votre capacité à fournir les meilleurs soins possible et à respecter les normes de soins infirmiers exigées?

Savez-vous en quoi consiste votre responsabilité professionnelle relativement à la dotation en personnel infirmier et à la sécurité des patients? Ce module vous aidera à répondre à ces questions.

Section 1 : En quoi consiste la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes?

Les infirmières et infirmiers, qui sont hautement éduqués et formés, sont une ressource efficiente, sécuritaire et efficace sur le plan clinique.

La dotation en personnel infirmier est un des rares domaines des soins de santé au Canada où on ne tient pas compte des données probantes dans la prise de décisions.

Une part considérable du budget des établissements de santé compte les soins infirmiers, qui deviennent donc une cible vulnérable des compressions budgétaires.

Les services fournis par les infirmières et infirmiers autorisés constituent un investissement important duquel découlent des avantages prouvés pour les sommes investies.

En quoi consiste la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes?

La **dotation sécuritaire en personnel infirmier** signifie qu'un **nombre approprié** d'infirmières et d'autres membres du personnel sont **disponibles en tout temps** et dans tout le continuum des soins. Il y a une composition adéquate de **niveaux d'éducation, de compétences et d'expérience** pour répondre aux besoins des patients et maintenir des **conditions de travail libres de dangers** » - traduction libre (Conseil international des infirmières, 2013, p. 1)

La dotation en personnel fondée sur les données probantes fait en sorte que la **composition du personnel** se base sur des informations provenant de **recherches** et d'**évaluations scientifiques** portant sur la pratique et sur les opinions d'experts, qui peuvent prendre la forme de documents consensuels, de rapports de commission, de règlements ou d'information historique ou expérientielle. (AIRC, 2010, p. 1).

*La prise de décisions concernant la **composition du personnel** est optimisée lorsqu'elle se base sur les **résultats**, y compris la **sécurité des patients** et la **qualité des soins**.*

(Harris et McGillis Hall, 2012, p. 26).

La dotation sécuritaire en personnel doit être un principe directeur et un résultat mesurable dans les soins de santé. Les principes suivants sont nécessaires dans la prise de décisions sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier :

- Les décisions doivent être fondées sur les besoins des patients en matière de soins de santé.
- Les décisions doivent être fondées sur les meilleures données probantes et les pratiques exemplaires.
- La prise de décisions doit se faire en collaboration avec les fournisseurs de soins directs, comme le personnel infirmier.
- La prise de décisions doit se faire avec le soutien de systèmes d'information.
- Il faut maintenir l'application des décisions en ayant l'appui de l'organisation.
- Il faut apporter des modifications en temps opportun selon les besoins changeants des patients en matière de soins de santé.

La dotation sécuritaire en personnel infirmier a plusieurs composantes, notamment :

- **L'évaluation des besoins des patients en temps réel.** Ce processus évalue les besoins du patient en matière de soins sur le champ, afin de préparer un plan de soins.
- **Les modèles de prestation de soins infirmiers**, qui constituent un système d'organisation et de prestation des soins infirmiers aux patients et à leurs familles.
- **Les décisions sur la composition du personnel.** Ce sont des choix qui répondent aux besoins des patients en matière de soins de santé; appuient la continuité des soins et des fournisseurs de soins; valorisent la qualité de la vie au travail; et optimisent les résultats pour les patients, le personnel et les organismes.

- **Les mesures de la charge de travail et la gestion de celle-ci** sont des façons d’orienter la planification des ressources et des décisions concernant les soins aux patients et l’affectation du personnel.
- **Les milieux de pratique de qualité**, y compris santé et sécurité au travail, permettent de maximiser les résultats pour les patients, les infirmières et les organismes.
- **Le maintien en poste et le recrutement**, soit la capacité à attirer le personnel adéquat pour répondre aux besoins des patients en matière de soins de santé.

Section 2 : Quel est votre rôle en tant qu’infirmière ou infirmier?

Lorsque les infirmières et infirmiers font la promotion de la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes, ils font aussi la promotion de la sécurité des patients.

Les infirmières et infirmiers ont l’obligation professionnelle de promouvoir la sécurité des patients par l’entremise de la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes. Cette obligation est ancrée dans les codes de déontologie, les normes professionnelles, les politiques des employeurs et les lois pertinentes, comme les lois sur la santé et la sécurité au travail. Visitez les sites Web de votre organisme de réglementation provincial ou territorial, de votre syndicat ou des gouvernements pour accéder à ces documents.

Vous lirez ci-dessous plusieurs exemples démontrant comment la responsabilité professionnelle des infirmières et infirmiers visant à promouvoir la sécurité des patients s’applique au travail.

Stacey

En tant qu’infirmière autorisée en soins obstétricaux, la sécurité de la mère et du bébé est primordiale. J’ai la responsabilité, comme professionnelle, d’adhérer aux normes professionnelles et appliquer les pratiques exemplaires. Par exemple, les lignes directrices cliniques en soins infirmiers indiquent que les femmes en phase active du travail doivent obtenir des soins individuels d’une infirmière autorisée. Cette ligne directrice clinique, et d’autres, influencent les pratiques dans notre unité de soins obstétricaux, ainsi que la prise de décision, l’approche de la dotation en personnel et assurent des normes élevées de qualité des soins.

Marj

Je suis une infirmière autorisée et directrice associée dans un établissement de soins de longue durée. Comme membre de l’équipe de gestion, je surveille les

indicateurs de sécurité des pensionnaires, y compris les chutes et les erreurs de médicaments. Les compétences d'entrée dans la pratique infirmière de mon organisme de réglementation indiquent que je devrais employer une approche basée sur les systèmes pour assurer la sécurité des patients, et aider à prévenir les erreurs et les événements indésirables. Une étape cruciale dans ce processus est l'examen des quasi-accidents pour déterminer où apporter des changements afin d'améliorer la sécurité des pensionnaires. Je suis responsable de faire en sorte que le personnel réglementé et non réglementé a les connaissances et les compétences nécessaires pour assurer la sécurité des pensionnaires. Je dois aussi m'assurer qu'en tant qu'organisme, nous continuons à favoriser une culture de qualité et de sécurité.

Ricardo

Je soigne des personnes dans la communauté tous les jours. Ce sont des personnes qui vivent avec un risque de sécurité, que ce soit un risque de tomber, un risque de violence envers les personnes âgées ou encore, par les médicaments, vu qu'ils en prennent de cinq à dix différentes sortes. Selon les normes professionnelles établies par mon organisme de réglementation, j'ai l'obligation de prendre les mesures nécessaires lorsque la sécurité ou le bien-être d'un mes clients est possiblement ou véritablement compromis. Je dois donc constamment évaluer les risques véritables et possibles pour la sécurité de mes clients, et planifier et mettre en œuvre des mesures appropriées pour atténuer ces risques.

Section 3 : Vérifiez vos connaissances

Questions

1. Selon le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIC, les infirmières et infirmiers autorisés sont obligés d'aborder la dotation sécuritaire en personnel infirmier dans leur propre milieu de pratique. Laquelle des valeurs infirmières suivantes correspond à cette obligation? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)
 - (a) Fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique
 - (b) Respecter la vie privée et protéger la confidentialité
 - (c) Promouvoir la justice
 - (d) Promouvoir et respecter la prise de décisions éclairées

2. Lesquels des énoncés suivants représentent les principes de dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)
 - (a) Seuls les gestionnaires des soins infirmiers participent à la prise de décision concernant la composition du personnel
 - (b) Milieux de pratique de qualité
 - (c) Gestion des mesures de la charge de travail
 - (d) Les décisions concernant la composition du personnel sont appuyées par des systèmes d'information

3. Vrai ou faux
 - (a) Enseigner les droits et les obligations en matière de sécurité au travail au personnel infirmier aura des effets positifs sur les soins aux patients.
 - (b) Les lignes directrices cliniques et les normes professionnelles de la pratique infirmière autorisée indiquent que les infirmières devraient préconiser les politiques de dotation sécuritaire en personnel infirmier.
 - (c) Les infirmières fournissant les soins directs devraient participer à la prise de décision sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier parce qu'elles connaissent les besoins des patients en matière de soins de santé.
 - (d) La prise de décisions sur la composition du personnel n'est pas reliée aux résultats.

Réponses :

a) et d)

- d)
- a) vrai
- b) vrai
- c) vrai
- d) faux

Conclusion

Merci de placer vos patients en priorité en prenant le temps d'en apprendre plus sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier.

Visitez <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Certificate-1.pdf> pour obtenir votre certificat d'achèvement.

Visitez <http://cna.fluidsurveys.com/s/staffingtoolkitmodule1/> pour remplir un court sondage afin que nous puissions continuer à améliorer cette trousse d'outils.

Module 1 - Ressources

Institut canadien pour la sécurité des patients :

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsresources/pages/patientsandfamilies.aspx> (en anglais seulement) Une page Web offrant des liens vers une liste de vérification pour la sécurité chirurgicale et d'autres ressources connexes

Soins de santé plus sécuritaires maintenant :

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/about/programs/shn/pages/default.aspx>. Page du site Web de l'Institut canadien pour la sécurité des patients, qui présente son programme phare ayant pour but d'accroître la sensibilisation à la sécurité des patients et de mettre en œuvre des pratiques exemplaires.

La qualité et la sécurité des soins aux patients : [https://cna-aiic.ca/fr/les-](https://cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/commission-nationale-dexperts/la-qualite-et-la-securite-des-soins-aux-patients)

[enjeux/commission-nationale-dexperts/la-qualite-et-la-securite-des-soins-aux-patients](https://cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/commission-nationale-dexperts/la-qualite-et-la-securite-des-soins-aux-patients) Une page Web de l'AIC qui offre un lien vers le rapport d'une table ronde en 2014 à laquelle ont participé plusieurs partenaires (financée par Santé Canada). Cette table ronde s'est concentrée sur l'élargissement de la culture de qualité et de sécurité dans le système de santé canadien.

[*La valeur des infirmières*](#). Cette fiche d'information présente de l'information sur la valeur des infirmières et infirmiers autorisés en ce qui a trait à sauver des vies, promouvoir la santé et réduire les coûts.

Development and Evaluation of an RN/RPN Utilization Toolkit (en anglais seulement) : <http://www.longwoods.com/content/21733> Un article en ligne qui passe en revue la prise de décisions sur la composition du personnel en se fondant sur les normes de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario en ce qui a trait à l'affectation des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées.

Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité : https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/staff_mix_framework_2012_f.pdf?la=fr

Ce document en format PDF présente une approche systématique de la prise de décisions sur la composition du personnel infirmier pouvant être employée dans tous les milieux de pratique clinique.

Association des infirmières et infirmiers du Canada : <https://inf-fusion.ca/fr/articles-de-fond/composition-du-personnel> _ Ce site Web donne un aperçu de la composition du personnel infirmier et fournit des liens vers d'autres ressources.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers : <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-de-deontologie-des-infirmieres-et-infirmiers.pdf?la=fr> Ce document en format PDF constitue la base de la pratique éthique des infirmières et infirmiers autorisés.

Code de déontologie des infirmières et infirmiers au Québec seulement : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/1_8/18R9.HTM Ce site Web présente le Code de déontologie des infirmières et infirmiers pratiquant la profession au Québec.

Code de déontologie des infirmiers et infirmières autorisé(e)s : http://www.ccpnr.ca/wp-content/uploads/2013/09/IJLPN-CE_French-Final.pdf Ce document en format PDF présente les valeurs et responsabilités éthiques que doivent respecter et promouvoir les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, et pour lesquelles ils doivent rendre compte.

Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients : <https://fcsii.ca/tapport-et-%C3%A9tudes/charge-de-travail-du-personnel-infirmier-et-soins-aux-patients-0> Une page Web du site de la FCSII qui contient des liens vers le rapport de Berry et Curry examinant la charge de travail du personnel infirmier et son impact sur les soins donnés aux patients.

Valoriser la sécurité des patients : Structure responsable de la main d'œuvre : https://fcsii.ca/sites/default/files/valuing_patient_safety_web_june_17_2014_fr.pdf Ce

rapport en PDF présente la conception de la main d'œuvre et des recommandations en matière de politiques pour assurer des soins sécuritaires et de qualité pour les patients.

Module 1 - Références

BERRY, L., et CURRY, P. *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*, 2012. Extrait du site Web de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers: <https://fcsii.ca/tapport-et-%C3%A9tudes/charge-de-travail-du-personnel-infirmier-et-soins-aux-patients-0>

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA. *Code of Ethics for Registered Nurses*, 2008. Extrait de <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/code-de-deontologie-des-infirmieres-et-infirmiers.pdf?la=fr>

Module 2

Ce module explore les données appuyant la dotation sécuritaire en personnel infirmier.

Les événements indésirables entraînent des préjudices aux patients et sont liés aux soins et/ou aux services fournis et non à l'état médical sous-jacent du patient.

Le saviez-vous?

- Un patient adulte sur 13 admis à l'hôpital au Canada subit un événement indésirable.
- Entre 9 000 et 24 000 patients meurent chaque année dans les hôpitaux au Canada à cause d'effets indésirables.
- En 2009 et 2010, les coûts associés aux événements indésirables évitables au Canada se sont élevés à 397 millions de dollars.
- Plus d'un tiers des événements indésirables sont hautement évitables.

(Baker et al., 2004; Etchells et al., n.d.)

Saviez-vous qu'il y a un lien clair entre la dotation en personnel infirmier et les événements indésirables?

La dotation en personnel infirmier fondée sur les données probantes est un concept simple en théorie, mais plus difficile à appliquer. Elle suppose que le bon nombre d'infirmières avec les bonnes compétences, un niveau d'éducation adéquat et de l'expérience sont disponibles en tout temps afin de répondre aux besoins des patients. Ce genre de dotation nécessite un milieu de pratique de qualité qui appuie les infirmières donnant les meilleurs soins possible aux patients.

Section 1 : Résultats fondés sur les données probantes de la dotation sécuritaire en personnel infirmier

Ce module présente des données probantes sur les pratiques qui favorisent les résultats pour les patients, les résultats pour les infirmières et infirmiers et les résultats pour les employeurs.

La dotation en personnel infirmier affecte le patient, le personnel infirmier et l'employeur. Le jeu de questions et réponses suivant vous permettra de voir ce que vous avez déjà appris à ce sujet.

Questions

Résultats pour les patients

- (a) Moins d'erreurs
- (b) Moins de réadmissions
- (c) Patients plus heureux
- (d) Plus de chutes
- (e) Qualité supérieure de soins
- (f) Moins d'incidents
- (g) Moins d'infections
- (h) Plus d'événements indésirables
- (i) Plus de crises cardiaques
- (j) Plus de décès
- (k) Plus de visites à domicile
- (l) Plus d'infections urinaires

Résultats pour les infirmières

- (a) Moins de roulement du personnel
- (b) Moins d'heures supplémentaires
- (c) Salaires plus élevés
- (d) Moins de congés de maladie
- (e) Promotions plus rapides
- (f) Moins d'engagement de la part du personnel
- (g) Plus longues heures
- (h) Moins de fatigue

- (i) Plus grande satisfaction professionnelle
- (j) Moins de stress
- (k) Moins de travail
- (l) Plus d'erreurs

Résultats pour les employeurs

- (a) Moins d'erreurs
- (b) Moins de réadmissions
- (c) Quarts de travail plus courts
- (d) Réduction des coûts
- (e) Séjours plus courts
- (f) Taux de maintien en poste plus élevé
- (g) Plus grands profits
- (h) Plus d'erreurs
- (i) Sécurité diminuée
- (j) Moins d'heures supplémentaires
- (k) Plus de congés de maladie
- (l) Roulement du personnel plus élevé

Réponses :

Résultats pour les patients a, b, c, e, f, g			
<p>Fait :</p> <p>Moins d'erreurs</p> <p>On a établi un lien entre les infirmières qui travaillent plus de 12,5 heures et une augmentation des erreurs dans l'administration des médicaments</p>	<p>Fait :</p> <p>Moins de réadmissions</p> <p>Les données probantes continuent à démontrer que de l'amélioration de la dotation en personnel infirmier</p>	<p>Fait :</p> <p>Patients plus heureux</p> <p>Parmi les conclusions d'une étude sur les soins infirmiers et les résultats cliniques, on note une plus grande satisfaction des patients lorsque</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus de chutes</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p> <p>En fait, en examinant les données administratives de 799 hôpitaux dans 11 états, Needleman et coll. (2002) ont</p>

Résultats pour les patients a, b, c, e, f, g			
(Rogers et coll., 2004). (en anglais seulement)	réduit le nombre de réadmissions. Selon une étude, les visites imprévues à l'urgence après le congé réduisent de 44 % lorsque l'on augmente de 0,71 heure les heures en soins infirmiers autorisés par jour-patient (Bobay, Yakusheva et Weiss, 2011).	plus d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires faisaient partie de la composition du personnel. (McGillis Hall et coll., 2004). (en anglais seulement)	établi des liens clairs entre la dotation en personnel infirmier et les taux de mortalité (Berry et Curry, 2012, p. 27).
<p>Fait :</p> <p>Qualité supérieure de soins</p> <p>Les études ont établi un lien précis entre l'augmentation des niveaux de dotation en personnel infirmier autorisé et des soins de qualité supérieure (p. ex. Castle et Engberg, 2007; Kim, Harrington, et Greene, 2009).</p>	<p>Fait :</p> <p>Moins d'incidents</p> <p>Dans les hôpitaux ayant un ratio patient-infirmière élevé, les taux ajustés en fonction des risques de mortalité dans les 30 jours et d'échec des secours étaient plus élevés pour les patients ayant subi une chirurgie.</p> <p>(Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et Silber, 2002, p. 1987).</p> <p>En fait, c'est l'inverse qui est vrai. Il y a un lien</p>	<p>Fait :</p> <p>Moins d'infections</p> <p>Une étude d'un modèle de prestation de soins aux patients dans deux provinces a déterminé que la santé des patients s'améliorait moins lorsque les infirmières travaillent plus d'heures supplémentaires (Meyer, Wang, Li, Thomson, & O'Brien-Pallas, 2009).</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus d'événements indésirables</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes. En fait, c'est l'inverse qui est vrai. Il y a un lien démontré.</p> <p>entre la dotation accrue en personnel infirmier et la durée du séjour, les réadmissions, la morbidité des patients, les erreurs de médicaments et le roulement du personnel infirmier. À l'extérieur des établissements de santé, les économies</p>

Résultats pour les patients a, b, c, e, f, g			
	démontré entre la dotation accrue en personnel infirmier et la durée du séjour, les réadmissions, la morbidité des patients, les erreurs de médicaments et le roulement du personnel infirmier. À l'extérieur des établissements de santé, les économies pour la société grâce à la productivité accrue sont plus importantes que les coûts en personnel. (Berry et Curry, 2012, p. 16).		pour la société grâce à la productivité accrue sont plus importantes que les coûts en personnel. (Berry et Curry, 2012, p. 16).
<p>Fiction :</p> <p>Plus de crises cardiaques</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus de décès</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus de visites à domicile</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus d'infections urinaires</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p> <p>Les études démontrent que les niveaux plus élevés de dotation en personnel infirmier autorisé peuvent réduire les coûts des hôpitaux en</p>

Résultats pour les patients a, b, c, e, f, g			
			améliorant les résultats pour les patients, dont la baisse des taux d'ulcères de pression, d'infections urinaires et de durée du séjour (p. ex. Dorr, Horn, et Smout, 2005; Thungjaroenkul, Cummings et Embleton, 2007; Titler et coll., 2007). (en anglais seulement)

Réponses :

Résultats pour les infirmières a, b, d, h, i, j			
<p>Fait :</p> <p>Moins de roulement du personnel</p> <p>Les établissements de santé ayant fait de plus grands investissements dans leur capital humain en soins infirmiers ont de meilleures chances d'avoir des niveaux plus faibles de roulement du personnel infirmier autorisé. (Rondeau, Williams et Wagar 2009, p. 739).</p>	<p>Fait :</p> <p>Moins de congés de maladie</p> <p>Dans une revue systématique d'études menées entre 1986 et 2006, on a examiné les variables explicatives possibles relativement à l'absentéisme des infirmières.</p> <p>Les conclusions ont démontré que la satisfaction</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus longues heures</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fait :</p> <p>Moins de stress</p> <p>Dans une revue systématique d'études menées entre 1986 et 2006, on a examiné les variables explicatives possibles relativement à l'absentéisme des infirmières.</p> <p>Les conclusions ont démontré que la satisfaction professionnelle, l'engagement envers</p>

Résultats pour les infirmières a, b, d, h, l, j			
<p>Une étude canadienne récente sur le roulement du personnel a déterminé que le taux moyen de roulement dans les 41 hôpitaux étudiés était de 19,9 %. Un roulement élevé du personnel était associé à une satisfaction professionnelle plus faible. (Berry et Curry, 2012, p. 35).</p>	<p>professionnelle, l'engagement envers l'organisme et la participation au travail ou dans l'emploi faisaient baisser le taux d'absentéisme des infirmières, tandis que l'épuisement professionnel et le stress au travail faisaient augmenter l'absentéisme.</p> <p>(Davey, Cummings, Newburn-Cook et Lo, 2009).</p>		<p>l'organisme et la participation au travail ou dans l'emploi faisaient baisser le taux d'absentéisme des infirmières, tandis que l'épuisement professionnel et le stress au travail faisaient augmenter l'absentéisme.</p> <p>(Davey, Cummings, Newburn-Cook et Lo, 2009).</p>
<p>Fait : Moins d'heures supplémentaires</p> <p>Les coûts en personnel pour les hôpitaux, engendrés par la dotation d'infirmières supplémentaires pour augmenter les heures de soins infirmiers et réduire les heures supplémentaires travaillées, sont compensés par un nombre inférieur de visites</p>	<p>Fiction : Promotions plus rapides</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fait : Moins de fatigue</p> <p>Dans une revue systématique d'études menées entre 1986 et 2006, on a examiné les variables explicatives possibles relativement à l'absentéisme des infirmières.</p> <p>Les conclusions ont démontré que la satisfaction professionnelle, l'engagement</p>	<p>Fiction : Moins de travail</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>

Résultats pour les infirmières a, b, d, h, l, j			
<p>subséquentes des patients.</p> <p>(Bobay, Yakusheva et Weiss, 2011).</p>		<p>envers l'organisme et la participation au travail ou dans l'emploi baissaient le taux d'absentéisme des infirmières, tandis que la fatigue et le stress au travail faisaient augmenter l'absentéisme.</p> <p>(Davey, Cummings, Newburn-Cook et Lo, 2009).</p>	
<p>Fiction :</p> <p>Salaires plus élevés</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fiction :</p> <p>Moins d'engagement de la part du personnel</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fait :</p> <p>Plus grande satisfaction professionnelle</p> <p>Les perceptions des infirmières de l'habilitation, de l'incivilité de la part des superviseurs et du cynisme sont étroitement liées à la satisfaction professionnelle, à l'engagement envers l'organisme et aux intentions en matière de roulement du personnel.</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus d'erreurs</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p> <p>En fait, c'est l'inverse qui est vrai. Il y a un lien démontré entre la dotation accrue en personnel infirmier et la durée du séjour, les réadmissions, la morbidité des patients, les erreurs de médicaments et le roulement du personnel infirmier.</p>

Résultats pour les infirmières a, b, d, h, l, j			
		(Spence Laschinger, Leiter, Day et Gilin, 2009, p. 302).	À l'extérieur des établissements de santé, les économies pour la société grâce à la productivité accrue sont plus importantes que les coûts en personnel. (Berry et Curry, 2012, p. 16).

Réponses

Résultats pour les employeurs : a, b, d, e, f, j			
<p>Fait :</p> <p>Moins d'erreurs</p> <p>Effectivement, une revue systématique de 26 études des soins intensifs a déterminé que presque toutes les études montrent qu'une faible dotation en personnel dans les unités de soins intensifs était associée à une hausse des événements indésirables (Penoyer, 2010).</p>	<p>Fait :</p> <p>Moins de réadmissions</p> <p>Les études continuent à démontrer que l'amélioration de la dotation en personnel infirmier réduit le taux de réadmission. Une hausse de 0,71 heure de soins infirmiers par patient est liée à une réduction de 45 % de la possibilité d'une visite imprévue à</p>	<p>Fiction :</p> <p>Quarts de travail plus courts</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fait :</p> <p>Réduction des coûts</p> <p>Des études émergentes démontrent maintenant que les niveaux plus élevés de dotation en personnel infirmier autorisé peuvent réduire les coûts des hôpitaux en améliorant les résultats pour les patients, dont la baisse des taux d'ulcères de pression, d'infections</p>

Résultats pour les employeurs : a, b, d, e, f, j			
	<p>l'urgence après le congé.</p> <p>(Bobay, Yakusheva, & Weiss, 2011).</p>		<p>urinaires et de durée du séjour.</p> <p>(Dorr, Horn et Smout, 2005; Thungjaroenkul, Cummings et Embleton, 2007; Titler et coll., 2007).</p>
<p>Fait :</p> <p>Séjours plus courts</p> <p>On a constaté que les patients médicaux qui recevaient une proportion plus élevée de soins et plus d'heures absolues de soins fournis par des infirmières autorisées, bénéficiaient de séjours plus courts</p> <p>(Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky, 2002, p. 1715). (en anglais seulement)</p>	<p>Fait :</p> <p>Taux de maintien en poste plus élevé</p> <p>Dans les hôpitaux, des milieux de travail plus sains et de bonnes pratiques professionnelles en soins infirmiers (p. ex. dotation sécuritaire en personnel infirmier) entraînaient des soins améliorés aux patients, un meilleur maintien en poste des infirmières (Aiken, Buchan, Ball, et Rafferty, 2008), ainsi qu'une baisse du roulement du personnel infirmier (Mark, Salyer et Wan, 2003).</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus grands profits</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus d'erreurs</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p> <p>En fait, c'est l'inverse qui est vrai. Il y a un lien démontré entre la dotation accrue en personnel infirmier et la durée du séjour, les réadmissions, la morbidité des patients, les erreurs de médicaments et le roulement du personnel infirmier. À l'extérieur des établissements de santé, les économies pour la société grâce à la productivité accrue sont plus importantes que les</p>

Résultats pour les employeurs : a, b, d, e, f, j			
			coûts du personnel. (Berry et Curry, 2012, p. 16).
<p>Fiction :</p> <p>Sécurité diminuée</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p>	<p>Fait :</p> <p>Moins d'heures supplémentaires</p> <p>Les coûts en personnel pour les hôpitaux, engendrés par la dotation d'infirmières supplémentaires pour augmenter les heures de soins infirmiers et réduire les heures supplémentaires travaillées, sont compensés par un nombre inférieur de visites subséquentes des patients.</p> <p>(Bobay, Yakusheva et Weiss, 2011).</p> <p>Les recherches démontrent invariablement les coûts élevés entraînés par le roulement du personnel infirmier, qui peuvent passer d'une moyenne de 25 000 \$ par</p>	<p>Fiction :</p> <p>Plus de congés de maladie</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p> <p>Lorsque la dotation en personnel infirmier n'est pas fondée sur les données probantes, les infirmières prennent plus de congés de maladie.</p> <p>En comparaison à tout autre type de travailleur, le groupe des infirmières affiche le taux le plus élevé d'absentéisme et de blessures.</p> <p>(Shamian, O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis et Kerr, 2003).</p>	<p>Fiction :</p> <p>Roulement du personnel plus élevé</p> <p>Cet énoncé n'est pas appuyé par des données probantes.</p> <p>En fait, c'est l'inverse qui est vrai. Il y a un lien démontré entre la dotation accrue en personnel infirmier et la durée du séjour, les réadmissions, la morbidité des patients, les erreurs de médicaments et le roulement du personnel infirmier. À l'extérieur des établissements de santé, les économies pour la société grâce à la productivité accrue sont plus importantes que les coûts du personnel.</p> <p>(Berry et Curry, 2012, p. 16).</p>

Résultats pour les employeurs : a, b, d, e, f, j			
	infirmière (O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, Shamian, Li et Hayes, 2010) à entre 21 514 \$ et 67 100 \$ par infirmière (Tschannen, Kalisch et Lee, 2010).		

Section 2 : Expériences véritables

Voici des expériences véritables qui montrent comment les résultats défavorables pour les patients, les infirmières et les employeurs peuvent entraîner un manque de dotation sécuritaire en personnel infirmier. Des solutions se rapportant à chaque expérience seront présentées au Module 3.

Premier scénario : maison de soins infirmiers

Je travaillais dans une maison de soins infirmiers où il y avait 50 lits. Le personnel de cette maison de soins infirmiers consistait en une infirmière autorisée et quelques préposés de services de soins à la personne, qui étaient sur place 24 heures sur 24 et sept jours par semaine. Comme c'était moi l'infirmière autorisée, j'avais l'impression d'être uniquement responsable des soins de tous les résidents. Plusieurs d'entre eux avaient des cas complexes, de multiples maladies chroniques et prenaient beaucoup de médicaments. Certains des résidents étaient atteints de démence. Ils faisaient souvent des chutes et tout ce que nous pouvions faire c'est de les envoyer à l'urgence. Je me sentais débordée du fait d'être responsable pour tous ces patients. Je me souciais des résidents et je voulais leur donner les meilleurs soins possibles. Toutefois, j'étais si pressée que je ne pouvais pas toujours passer le temps nécessaire avec eux, surtout parce que je devais donner du soutien, superviser et surveiller les soins fournis par les préposés de services de soutien à la personne. C'était très frustrant. J'avais peur que quelque chose arrive. Puisque j'étais la seule infirmière autorisée, j'étais responsable de ces résidents et j'aurais été tenue responsable si un malheur arrivait.

Deuxième scénario : soins actifs

J'étais infirmière autorisée dans une équipe de salle de chirurgie, composée de moi-même et d'une infirmière auxiliaire autorisée. L'employeur a décidé de réduire les heures de l'unité d'endoscopie, alors il a fallu assurer la couverture durant les procédures d'endoscopie après les heures normales de travail, et ce, sans la présence d'un anesthésiste. J'étais censée surveiller le patient endormi et circuler en même temps. Je savais que ce n'était pas acceptable. En fait, c'était même dangereux. Selon les normes de l'Association d'infirmières et infirmiers de salles d'opération du Canada, lorsque je surveille un patient sous sédation consciente, je ne peux pas le laisser de côté ou avoir d'autres tâches à faire qui m'empêchent de le surveiller de façon constante. Je savais qu'on compromettait la sécurité des patients. Si quelque chose arrivait pendant que le patient n'était pas surveillé, j'en serais responsable. De plus, je n'avais pas reçu de formation adéquate sur les procédures d'endoscopie. J'étais tellement inquiète.

Troisième scénario : unité médicale

J'étais infirmier autorisé dans une unité médicale de soins actifs. Il n'y avait jamais assez de personnel, même pas assez de membres de personnel de base. Lorsqu'un employé était malade, nous ne pouvions pas trouver de remplaçant. C'était pire la soirée et la nuit. S'il nous manquait un employé, on courait partout et on avait tout de même l'impression de ne pas y arriver. Étant donné qu'il manquait de personnel partout dans l'hôpital, on travaillait à l'extérieur de notre service. On déplaçait les patients, on allait chercher les plateaux-repas et acheter des médicaments parce que la pharmacie était fermée. Nous devions même trouver notre propre remplaçant si nous étions malades. Le personnel infirmier était souvent malade parce que nous étions stressés et nous travaillions de longues heures supplémentaires. Je m'inquiétais des possibilités d'erreurs de médicaments. Nous donnions les médicaments en retard et il y avait possibilité de manquer des infections. Les taux d'infections dans le service augmentaient, les patients ne se rétablissaient pas aussi rapidement que prévu et certains patients retournaient à la maison, mais revenaient à l'hôpital peu après à cause de complications.

Quatrième scénario : soins continus

Je travaillais en tant qu'infirmière dans une unité de soins postactifs. La plupart de nos patients étaient âgés. Ils étaient très fragiles sur le plan médical. Nous avons plusieurs cas complexes nécessitant beaucoup de soutien et des soins individualisés. Certains de nos patients étaient atteints de démence. Les chutes et les infections imprévues étaient courantes. Il y avait souvent possibilité que nos patients développent des plaies de pression et nous devions les déplacer souvent. En raison des conditions multiples et complexes de nos patients, il fallait être attentif et consciencieux lorsqu'on leur donnait leurs médicaments. On a introduit un nouveau modèle de soins dans notre unité : les soins collaboratifs. Je me suis rapidement rendue compte qu'on réduisait les soins donnés par les fournisseurs de soins réglementés – les infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées – afin de les remplacer par des fournisseurs de soins non réglementés. L'unité dépendait aussi grandement d'agences externes. Peu après, les soins aux patients se sont détériorés. Il n'y avait pas de continuité des soins. Les fournisseurs de soins non réglementés n'avaient pas les connaissances, le jugement ou la formation nécessaire. Comme infirmière autorisée, et souvent la seule à l'horaire de base, je me sentais responsable pour les résultats de ces patients.

Cinquième scénario : salle d'urgence

Je travaillais dans une salle d'urgence. Vous savez sans doute à quel point la salle d'urgence peut être mouvementée. Il est difficile de planifier d'avance pour s'assurer d'avoir tout le personnel nécessaire. Par contre, dans la salle d'urgence où je

travaillais – elle est en plein milieu d'une grande ville – nous étions toujours occupés. Le pire, c'est que nous n'avions pas assez de membres du personnel de base, alors il nous était impossible de faire une pause sans laisser la salle d'urgence à court de personnel. Les vacances, les congés fériés et les congés de maladies n'étaient pas planifiés. Lorsque les infirmières auxiliaires autorisées ont commencé à travailler de plus en plus dans la salle d'urgence, personne ne savait ce qu'elles pouvaient faire et ne pas faire. Cette situation faisant en sorte que les rôles et responsabilités des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées étaient brouillés, et elle s'est aggravée parce qu'il n'était pas clair qui allait soigner le patient et qui en était responsable. Dans cette salle d'urgence, le patient était assigné à la prochaine infirmière disponible, qu'elle soit infirmière auxiliaire autorisée ou infirmière autorisée, et peu importe l'état du patient. En plus, nous n'avions pas tous la formation nécessaire pour effectuer le triage des patients. Donc, nous étions très stressés, les patients attendaient beaucoup trop longtemps et le fait d'oublier un patient un jour en raison du manque de formation appropriée nous préoccupait énormément. Ce n'était pas du tout rassurant.

Sixième scénario : infirmière gestionnaire, unité de soins intensifs

Je suis infirmière gestionnaire dans une unité de soins intensifs de 30 lits. Vingt-huit infirmières autorisées y travaillent jour et nuit. Une d'entre elles est responsable des soins cliniques et les vingt-sept autres infirmières autorisées s'occupent des patients. Vingt-quatre patients reçoivent des soins individuels d'une infirmière, et trois infirmières ont chacune deux patients. J'examine souvent le rendement de l'unité et les rapports d'efficacité parce qu'il y a de la pression pour en faire plus avec moins d'argent. Le médecin chef et moi analysons régulièrement les indicateurs propres aux soins intensifs, c'est-à-dire les infections, y compris la pneumonie sous ventilation assistée, les infections sanguines associées à l'usage de sonde, les décès des patients, les congés précoces, la durée moyenne du séjour, les admissions repoussées ou refusées à l'unité de soins intensifs, les interventions chirurgicales non urgentes annulées à cause du manque de lits en soins intensifs. Récemment, j'ai remarqué une hausse dans presque tous ces indicateurs. La durée moyenne du séjour, les congés précoces, les interventions chirurgicales non urgentes annulées et les admissions repoussées ou refusées à l'unité de soins intensifs étaient plus élevés de 30 % au cours des quatre derniers mois comparativement aux quatre mois précédents. Nous avons toujours un taux d'occupation de 100 % et parfois, nous étions incapables d'accepter des patients parce qu'ils nous manquaient d'infirmières autorisées pour s'occuper des patients. En même temps, le taux d'heures supplémentaires du personnel infirmier était 30 % plus élevé pour les quatre derniers mois par rapport aux quatre mois précédents. Parallèlement, les infirmières nous disaient qu'elles étaient fatiguées et le nombre de congés de maladie a augmenté. Bref, les patients ayant besoin de soins intensifs

cruciaux ne les recevaient pas, la santé et le moral des infirmières se détérioraient et les coûts grimpaient simultanément. Il fallait faire quelque chose.

Septième scénario : infirmière gestionnaire, soins de longue durée

Je suis directrice des soins dans un établissement de soins de longue durée de 195 lits. On m'a demandé d'examiner la composition du personnel au sein de mon établissement, qui héberge des résidents ayant généralement des maladies chroniques stables. Notre gouvernement a réduit le financement des soins de longue durée cette année. On nous a dit que notre province a une des compositions du personnel les plus élevées au Canada, qui compte des infirmières autorisées à 30 %, des infirmières auxiliaires autorisées à 70 % et aucun fournisseur de soins non réglementé, ce qui fait en sorte que nous avons les coûts parmi les plus élevés par résident. Lorsqu'on a comparé les rôles et responsabilités des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées dans notre province à ceux de leurs homologues dans d'autres régions du Canada, on s'est rendu compte que nos infirmières autorisées étaient responsables des activités effectuées par des infirmières auxiliaires autorisées dans d'autres régions, et que les infirmières auxiliaires autorisées effectuaient des tâches que les fournisseurs de soins non réglementés faisaient ailleurs. Je devais saisir le plein potentiel du champ d'activité des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées en jumelant ces champs d'activité aux niveaux d'éducation, compétences et niveaux d'expérience des infirmières. À la lumière de ces renseignements, on m'a demandé de trouver des façons d'améliorer l'efficacité et le rapport coût-efficacité afin de réduire les coûts tout en assurant la sécurité des soins pour les résidents.

Les infirmières doivent pouvoir fournir les bons soins au bon moment de façon sûre et conforme à l'éthique. Cette notion est fondamentale pour le bien-être des Canadiens. La dotation sécuritaire en personnel infirmier apporte des avantages au patient en assurant de meilleurs résultats, ce qui réduit les coûts pour le système de santé. De plus, elle engendre une meilleure satisfaction professionnelle des infirmières, ce qui est avantageux pour les employeurs parce que leur taux d'absentéisme et leurs coûts baissent.

Section 3 : Vérifiez vos connaissances

Test des connaissances du Module 2

Vrai ou faux

1. Il y a trois sortes de résultats à considérer lorsqu'on songe à la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes : 1) patients, 2) infirmières, 3) employeurs
2. Une proportion plus élevée d'infirmières autorisées entraîne des taux réduits de mortalité chez les patients.
3. Au fur et à mesure que les taux de dotation en personnel infirmier autorisé augmentent, le risque d'infections d'origine hospitalière (infection nosocomiale) augmente.
4. Une proportion plus élevée de dotation en personnel non réglementé entraîne une baisse de chutes des patients.
5. Une dotation en personnel infirmier autorisé plus élevée est associée à un risque plus élevé en ce qui a trait au taux d'échec des secours chez les patients ayant subi une chirurgie.
6. Les niveaux élevés de charge de travail peuvent causer du stress chez les infirmières, de la fatigue, le roulement du personnel et l'absentéisme.
7. Renseigner les infirmières sur les données probantes portant sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité des patients peut avoir de bonnes conséquences sur les soins sécuritaires aux patients.
8. Il n'est pas nécessaire que les décisions sur la dotation du personnel infirmier soient liées aux résultats améliorés pour les patients.
9. Une proportion plus élevée d'infirmières autorisées permet de réduire les coûts pour les hôpitaux grâce à la réduction de la durée du séjour, à une baisse des réadmissions et aux événements indésirables évitables.
10. Lorsqu'il y a une proportion plus élevée d'infirmières autorisées, la probabilité des erreurs de médicaments baisse.

Réponses

1. Vrai
2. Vrai

3. Faux
4. Faux
5. Faux
6. Vrai
7. Vrai
8. Faux
9. Vrai
10. Faux

Conclusion

Merci de placer vos patients en priorité en prenant le temps d'apprendre comment la dotation sécuritaire en personnel infirmier entraîne des résultats positifs pour le patient, l'infirmière et l'employeur.

Visitez <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Certificate-2.pdf> pour obtenir votre certificat d'achèvement.

Visitez <http://cna.fluidsurveys.com/s/staffingtoolkitmodule2/> pour remplir un court sondage afin que nous puissions continuer à améliorer cette trousse d'outils.

Module 2 - Ressources

Sécurité des patients

Canadian Adverse Events Study (en anglais seulement). Un article de revue en ligne au sujet de l'incidence des événements indésirables chez les patients dans les hôpitaux au Canada.

Page Web de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (en anglais seulement) qui comporte des liens vers une liste de vérification pour la sécurité chirurgicale et d'autres ressources connexes.

Page Web sur l'économie de la sécurité des patients de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et accès à des documents de résultats et d'autres documents d'appui.

Page Web de l'AIIC sur la qualité et la sécurité des soins aux patients comportant un lien vers un rapport de 2014 d'une table ronde à laquelle ont participé de nombreux

partenaires (financée par Santé Canada). Cette table ronde s'est concentrée sur l'élargissement de la culture de qualité et de sécurité dans le système de santé canadien.

Page Web de Soins de santé plus sécuritaires maintenant!, programme phare de l'Institut canadien pour la sécurité des patients ayant pour but d'accroître la sensibilisation aux pratiques exemplaires en matière de sécurité des patients et de les mettre en œuvre.

Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients

Development and Evaluation of an RN/RPN Utilization Toolkit. Un article en ligne (en anglais seulement) qui examine la prise de décisions sur la composition du personnel en se fondant sur la norme de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, qui porte sur l'utilisation d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées.

Effect of Work Hours on Adverse Events and Errors in Health Care. Un article en ligne (en anglais seulement) de 2010 (par Danielle Olds et Sean Clarke) dans le *Journal of Safety Research*.

[La fatigue des infirmières et la sécurité des patients](#). Un rapport de recherche publié en 2010 par l'AICC et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. [PDF, 1.22 MB]

La composition du personnel dans INF-Fusion, article de fond qui fait le survol de la composition du personnel infirmier et offre des liens vers d'autres ressources.

Nurses' Turnover in Canadian Hospitals. Présentation PowerPoint (en anglais seulement) sur une étude menée en 2009 portant sur le roulement du personnel infirmier. [PDF, 2.61 MB]

Page Web de la FCSII sur la charge de travail du personnel infirmier et les soins aux patients offrant des liens vers le rapport de Berry et Curry, qui examine la charge de travail du personnel infirmier et son incidence sur les soins aux patients.

[Registered Nurse-Sensitive Outcomes: 2014 Summary Report](#) (en anglais seulement). Un survol d'une recherche sur les résultats de la pratique infirmière du College of Registered Nurses of Nova Scotia. [PDF, 424 KB]

[Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité](#). Ce document PDF fournit une approche systématique à la prise de décisions relative à la composition du personnel qui peut être utilisée dans tous les milieux de pratique clinique. [PDF, 597.5 KB]

Absentéisme et heures supplémentaires : Faits en bref 2013. [Page Web](#) de la FCSII offrant des liens vers une feuille de renseignements sur la fatigue des infirmières autorisées et surveillantes du secteur public des soins de santé et de l'assistance sociale au Canada.

[Valoriser la sécurité des patients : Structure responsable de la main-d'œuvre](#) (rapport de la FCSII). Ce rapport examine la structure de la main d'œuvre et présente des recommandations sur des politiques qui favorisent la qualité et les soins sécuritaires aux patients. [PDF, 1.6 MB]

Défis pour le système de santé

Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues. [Page Web](#) de l'Institut canadien d'information sur la santé qui offre un lien vers son étude menée en 2012.

Redesigning the Workplace for 21st Century Healthcare. Page Web qui offre un lien vers un [article en ligne](#) (en anglais seulement) présentant les défis actuels dans les milieux de travail et les mécanismes améliorant la qualité des soins, les milieux de travail et l'efficacité du système.

Amélioration de la dotation en personnel infirmier et des résultats pour les patients

[Do Higher Hospital-wide Nurse Staffing Levels Reduce In-hospital Mortality in Elderly Patients with Hip Fractures?](#) (en anglais seulement) Contient un lien vers une étude pilote démontrant une corrélation entre la dotation faible en personnel infirmier et la mortalité chez les patients admis pour une fracture de la hanche.

[Hospital Mortality, Nurse staffing and Education](#) (en anglais seulement). Page Web d'une [étude d'observation en ligne](#) menée dans neuf pays en Europe.

[Nurse staffing and inpatient hospital mortality](#) (en anglais seulement). Une étude financée par l'Agency for Healthcare Research and Quality, qui établit un lien direct entre les niveaux de dotation en personnel infirmier et les expériences individuelles des patients. [PDF, 377 KB]

[Quality and Cost Analysis of Nurse Staffing, Discharge Preparation, and Postdischarge Utilization](#) (en anglais seulement). Lien vers une étude menée en 2011 par Weiss, Yakusheva et Bobay portant sur l'impact de la dotation en personnel infirmier au niveau de l'unité sur les réadmissions et les visites à l'urgence.

[La valeur des infirmières](#) (fiche d'information de l'AICC). [PDF, 266 KB]

Composition du personnel infirmier

[Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité](#)
[PDF, 597.5 KB]

Module 2 - Références

AIKEN, L. H., BUCHAN, J., BALL, J. et RAFFERTY, A. M. Transformative impact of magnet designation: England case study. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 3330-3337, 2008. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02640.x

AIKEN, L. H., CLARKE, S. P., SLOANE, D. M., SOCHALSKI, J. et SILBER, J. H. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction. *JAMA*, 288, 1987-1993, 2002..

BAKER, G. R., NORTON, P. G., FLINTOFT, V., BLAIS, R., BROWN, A., COX, J., TAMBLYN, R. The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*, 170, 1678-1686, 2004.
doi:10.1503/cmaj.1040498

BERRY, L., & CURRY, P). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*, 2012. Extrait du site Web de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers : https://fcsii.ca/sites/default/files/workload_french_0.pdf

BOBAY, K., YAKUSHEVA, O. et WEISS, M. Outcomes and cost analysis of the impact of unit-level nurse staffing on post-discharge utilization. *Nursing Economics*, 29(2), 2011, 69-87. Extrait de :
http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1087&context=nursing_fac
[c](#)

CASTLE, N. G. et ENGBERG, J. The influence of staffing characteristics on quality of care in nursing homes. *Health Services Research*, 42, 1822-1847, 2007.
doi:10.1111/j.1475-6773.2007.00704.x

DAVEY, M. M., CUMMINGS, G., NEWBURN-COOK, C. V. et LO, E. A. Predictors of nurse absenteeism in hospitals: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17, 2009, 312-330. Extrait de : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19426368>

DORR, D. A., HORN, S. D. et SMOUT, R. J. Cost analysis of nursing home registered nurse staffing times. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 2005, 840-845.

ETCHELLS, E., MITTMANN, N., KOO, M., BAKER, M. KRAHN, M., SHOJANIA, K. et DANEMAN, N. *L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée* [Rapport technique], s.d. Extrait du site Web de l'Institut

canadien pour la sécurité des patients :

<http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Research/commissionedResearch/EconomicsofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20-%20Acute%20Care%20-%20Final%20Report%20-%20French.pdf>

KIM, H., HARRINGTON, C. et GREENE, W. H. Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: A longitudinal study. *Gerontologist*, 49, 2009, 81-90. doi:10.1093/geront/gnp014

MARK, B. A., SALYER, J. et WAN, T. H. Professional nursing practice: Impact on organizational and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33, 2003, 224-234. Extrait de : <http://www.jblearning.com/samples/0763744379/mark.pdf>

MCGILLIS HALL, L., DORAN, D., BAKER, G. R., PINK, G. H., SIDANI, S., O'BRIEN-PALLAS et DONNER, G. L. Nurse staffing models as predictors of patient outcomes. *Medical Care*, 41, 2004 1096-1109.

MEYER, R. M., WANG, S., LI, X. M., THOMSON, D., & O'BRIEN-PALLAS, L. Evaluation of a patient care delivery model: Patient outcomes in acute cardiac care. *Journal of Nursing Scholarship*, 41, 2009, 399-410. doi:10.1111/j.1547-5069.01308.x

NEEDLEMAN, J., BUERHAUS, P., MATTKE, S., STEWART, M. et ZELEVINSKY, K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 2002, 1715-1722. Extrait de : http://www.puterman.chcm.ubc.ca/bahc510/nurse_staffing_NEJM.pdf

O'BRIEN-PALLAS, L., TOMBLIN MURPHY, G., SHAMIAN, J., LI, X. et HAYES, L. J. Impact and determinants of nurse turnover: A pan-Canadian study. *Journal of nursing management*, 18, 2010, 1073-1086. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01167.x

PENOYER, D. A. Nursing staffing and patient outcomes in critical care: A concise review. *Critical Care Medicine*, 38, 2010, 1521-1528. doi:10.1097/CCM.0b013e3181e47888

ROGERS, A. E., HWANG, W.-T., SCOTT, L. D., AIKEN, L. H., & DINGES, D. F. *The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Affairs*, 23(4), 2004, 202-212. doi:10.1377/hlthaff.23.4.202

RONDEAU, K. V., WILLIAMS, E. S., & WAGAR, T. H. Developing human capital: What is the impact on nurse turnover? *Journal of Nursing Management*, 17, 2009, 739-748. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00988.x

SHAMIAN, J., O'BRIEN-PALLAS, L., THOMSON, D., ALKSNIS, C., & KERR, M. S. Nurse absenteeism, stress and workplace injury: What are the contributing factors and

what can/should be done about it? *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(8/9), 2003, 81-103. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/01443330310790651>

SPENCE LASCHINGER, H. K., LEITER, M., DAY, A., & GILIN, D. Workplace empowerment, incivility, and burnout: Impact on staff nurse recruitment and retention outcomes. *Journal of Nursing Management*, 17, 2009, 302-311. doi:10.1111/j.1365-2834.2009.00999.x

THUNGJAROENKUL, P., CUMMINGS, G. G., & EMBLETON, A. The impact of nurse staffing on hospital costs and patient length of stay: A systematic review. *Nursing Economics*, 25, 2007, 255-265.

TITLER, M., DOCHTERMAN, J., KIM, T., KANAK, M., SHEVER, L., PICONE, D. M., BUDREAU, G. Cost of care for seniors hospitalized for hip fracture and related procedures. *Nursing Outlook*, 55, 2007, 5-14.

TSCHANNEN, D., KALISCH, B. J., & LEE, K. H. Missed nursing care: The impact of intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(4), 2010, 22-39. Extrait de :

http://www.researchgate.net/profile/Kyung_Hee_Lee/publication/49834683_Missed_nursing_care_the_impact_on_intention_to_leave_and_turnover/links/546ddfb60cf2193b94c5da63.p

Module 3

Ce module vous offre un vaste éventail d'outils et vous explique comment appliquer les principes de la dotation sécuritaire en personnel infirmier. Ce module décrira de façon plus approfondie les composantes de la dotation sécuritaire en personnel infirmier introduites dans le Module 1 et vous montrera comment appliquer ses principes à l'aide des expériences du Module 2. Le Module 3 présente des outils correspondant à chaque composante afin de vous aider à déterminer quels outils sont les plus convenables pour votre situation. Les outils sont offerts à titre d'exemple pour différentes situations et divers milieux alors vous devrez choisir l'outil qui vous convient. Veuillez noter que l'AICC et la FCSII ne recommandent pas d'outil en particulier.

Section 1 : Composantes de la dotation sécuritaire en personnel infirmier

Il y a certaines composantes à considérer lorsqu'on met en œuvre la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes. Cette section donne plus de détails sur les éléments couverts dans le Module 1.

Évaluations des besoins des patients en temps réel

Les décisions sur la dotation en personnel doivent permettre de répondre aux besoins du patient en matière de soins et assurer la prestation de soins de qualité, sécuritaires, compétents, conformes à l'éthique et fondés sur des données probantes, qui s'harmonisent avec les normes professionnelles et les compétences du personnel.

Les évaluations des besoins des patients en temps réel sont le moteur principal des décisions sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes.

L'évaluation des besoins des patients doit se faire en temps réel et à tous les quarts de travail pour qu'ensemble, les infirmières et les infirmières gestionnaires puissent prendre des décisions éclairées sur la dotation. Il faut prendre des décisions sur la dotation en jumelant les besoins des patients au niveau d'instruction, aux compétences, à l'expérience et au champ de pratique des infirmières. Il faut également tenir compte d'autres facteurs comme la disponibilité des ressources, l'environnement physique et la continuité des soins.

Modèles de prestation de soins infirmiers

Un modèle de prestation de soins infirmiers est un système d'organisation et de prestation de soins infirmiers aux patients et à leur famille. Des exemples de modèle de prestation de soins infirmiers incluent les soins infirmiers fonctionnels, les soins

infirmiers primaires, les pratiques de soins infirmiers collaboratifs ou équipes de soins infirmiers. Dans cette section, nous examinerons des modèles qui favorisent le travail d'équipe interprofessionnel et d'équipes au sein d'une même profession.

Pour en savoir plus sur le modèle de prestation de soins infirmiers utilisé dans votre milieu, parlez-en à votre infirmière gestionnaire ou à un représentant de votre syndicat.

En 2011, l'AIC a mené un projet afin d'établir un consensus sur les principes directeurs de la prise de décisions sur les modèles de prestation de soins infirmiers, y compris la détermination de la composition du personnel. Cliquez ici pour télécharger les 10 principes directeurs.

Songez à ces questions lorsque vous examinez les modèles de prestation de soins infirmiers :

1. Qui fournit des soins infirmiers dans votre unité/milieu de pratique? (p. ex. infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, infirmières enseignantes, infirmières cliniciennes spécialisées et/ou fournisseurs de soins non réglementés)
2. Connaissez-vous bien le niveau d'instruction de chacun de ces différents types de fournisseurs?
3. Connaissez-vous bien le champ de pratique ou le cadre de l'emploi de chacun de ces différents types de fournisseurs?
4. Connaissez-vous bien les compétences (et limites du rôle) de chacun de ces différents types de fournisseurs?
5. Dans votre organisme, des descriptions de postes claires, qui reflètent le champ de pratique ou le cadre de l'emploi, sont-elles offertes pour chacun de ces différents types de fournisseurs?
6. Quels autres fournisseurs participent à la prestation de soins interprofessionnels ou les appuient?
7. Connaissez-vous bien le champ de pratique et le rôle de chacun de ces différents types de fournisseurs dans votre modèle de soins?
8. Quel genre de soutien pédagogique est offert au personnel?
9. Quel genre de soutien en gestion est offert au personnel?

Décisions sur la composition du personnel

La composition du personnel constitue la combinaison de membres du personnel appartenant à différentes catégories de soins utilisés pour la prestation directe de soins [aux clients] dans le contexte de prestation de soins infirmiers. (McGillis Hall, 2005)

La prise de décisions sur la composition du personnel est la détermination de la combinaison des différentes catégories de travailleurs de la santé aux fins de prodiguer des soins directs au client. (Canadian Nurses Association, Canadian Council for Practical Nurse Regulators, Registered Psychiatric Nurses of Canada, 2012).

La prise de décisions sur la composition de personnel devrait comporter quatre phases :

- analyse
- planification
- mise en œuvre
- évaluation

Elle doit aussi tenir compte des facteurs liés aux patients, au personnel et à l'organisme, ainsi que les indicateurs de résultats.

Exemples de facteurs liés au patient à considérer

- Besoins en matière soins de santé
- Variabilité : le degré de changement ou la probabilité de changement de l'état de santé ou de la situation d'un client.
- Les considérations incluent la prévisibilité, la stabilité et les tendances relatives aux changements.
- Prévisibilité : la mesure dans laquelle les résultats pour le patient et les besoins futurs en matière de soins peuvent être prévus.
- Stabilité : la capacité à maintenir un état stable d'équilibre.
- Gravité : le degré de gravité de l'état ou de la situation du client.
- Complexité : l'embrouillement complexe de deux ou plusieurs systèmes (p. ex. l'état physiologique ou affectif, la dynamique familiale, ou les interactions avec le patient); la composition physiologique du patient ou les comportements liés à la santé peuvent influencer sur la complexité; la somme des variables qui influencent l'état de santé actuel du patient.

- Résilience : la capacité de retourner à un niveau rétabli de fonctionnement à l'aide de mécanismes compensateurs ou d'adaptation (retour au niveau de base); la capacité à rapidement revenir à un état normal après une agression.
- Vulnérabilité ou risque de résultats négatifs : le niveau de susceptibilité à des stressors possibles ou actuels qui pourraient avoir un impact négatif sur les résultats pour le patient; peut être influencé par la composition physiologique ou les comportements liés à la santé; la probabilité selon laquelle un client subira des résultats négatifs à cause d'un trouble de la santé ou d'un traitement.
- Disponibilité des ressources : la portée des ressources (p. ex. techniques, financières, personnelles, psychologiques et sociales) que le patient/la famille/la communauté apporte à la situation.
- Participation dans les soins : la portée de la participation dans les soins de la part du patient/de la famille; peut être influencée par le niveau de scolarisation, la disponibilité des ressources et les antécédents culturels.
- Participation dans la prise de décisions : le niveau de participation du patient et de sa famille par rapport à la compréhension des renseignements donnés par les fournisseurs de soins, et le fait d'agir en fonction de ces renseignements pour prendre des décisions éclairées. La participation du patient et de sa famille dans la prise de décisions cliniques peut être influencée par le niveau de connaissances du patient, sa capacité à prendre des décisions compte tenu de son état, les antécédents culturels (p. ex. croyances et valeurs) et le degré de force intérieure durant une situation de crise.
- Type de client (p. ex. individuel, famille, groupe, communauté/population).
- Continuité du fournisseur de soins.
- Cohorte par rapport aux nombres, aux divers troubles de santé et aux fluctuations dans la composition.

Exemples de facteurs liés au personnel

- Infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes spécialisées et fournisseurs de soins non réglementés en fonction de :
 - leur nombre
 - leur disponibilité
 - leur niveau d'instruction
 - leurs compétences

- leur niveau d'expérience
- Continuité de l'affectation
- Travail d'équipe et collaboration
- Soutien clinique et consultation
- Continuité des soins

Exemples de facteurs liés à l'organisme

- Modèle de prestation de soins infirmiers
- Environnement physique
- Milieu de pratique
- Santé et sécurité au travail
- Politiques
- Culture
- Conventions collectives
- Soutien de la direction
- Ressources et services de soutien
- Lois et règlements

Exemples de facteurs liés aux patients

- Qui sont les patients et qu'ont-ils besoin de l'équipe?
- Combien de patients dont l'état change, ou est susceptible de changer, ont besoin d'une surveillance et des interventions continues?
- Combien de patients ont des besoins complexes en matière de soins caractérisés ou influencés par une gamme de variables (plusieurs diagnostics médicaux, capacité compromise à prendre des décisions, dynamique familiale complexe)?
- Combien de patients ont des troubles qui suivent les parcours de soins prévus et pour qui il est possible de gérer les soins grâce à des interventions ayant des résultats prévisibles.

Questions auxquelles songer portant sur les facteurs liés au personnel

- Comment le modèle de soins influence-t-il la composition du personnel?

- Le nombre de membres du personnel disponibles durant un quart de travail correspond-il au nombre planifié nécessaire pour répondre aux besoins des patients?
- La composition des compétences des divers membres du personnel (p. ex. infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, assistants des équipes de soins) permet-elle de distribuer les travaux de façon qui correspond au champ d'exercice/cadre de l'emploi du fournisseur et aux besoins des patients?
- Les politiques de l'employeur indiquent-elles clairement quelles limites sont imposées sur le champ d'exercice des infirmières?
- Le ratio de personnel débutant-expérimenté permet-il d'appliquer les compétences nécessaires pour répondre aux besoins de la population de patients?
- Le profil des membres du personnel disponibles durant un quart de travail assure-t-il une certaine flexibilité relativement à la gravité, la complexité, la stabilité et la variabilité de l'état des patients, ainsi que leur nombre?
- Les attentes relativement à l'exercice des soins de tous les fournisseurs de soins sont-elles clairement documentées et comprises par les personnes concernées?
- Qui sont les membres de l'équipe interprofessionnelle et comment les membres de l'équipe collaborent-ils pour répondre aux besoins de la population de patients?
- Quelle est la disponibilité de l'équipe interprofessionnelle (y compris, personnel médical)?
- Comment les infirmières auxiliaires autorisées peuvent-elles accéder aux infirmières autorisées pour obtenir des conseils cliniques dans votre milieu?
- Comment les infirmières autorisées donnent-elles des conseils cliniques aux infirmières auxiliaires autorisées dans votre milieu?
- Quelles occasions ou quels mécanismes sont en place pour favoriser la communication interprofessionnelle?

Questions auxquelles songer portant sur les facteurs liés à l'organisme

- Quel est le taux d'occupation dans l'unité (y a-t-il des lits vacants) et quel est le niveau d'activité en lien avec les congés en attente, les admissions anticipées et les transferts?
- Quel est le taux d'occupation du site?
- Quel est le profil de patients et de la dotation en personnel dans l'ensemble des unités?

- Quelles autres ressources sont offertes (p. ex. commis d'unité, aides d'unité, personnes de compagnie, porteur, services de laboratoire et gardiens de sécurité)?
- Les politiques de l'employeur indiquent-elles clairement quelles limites sont imposées au champ d'exercice des infirmières?
- Comment les infirmières participent-elles à la prise de décisions cliniques dans votre milieu clinique?

Exemples d'indicateurs de résultats à envisager pour les patients

- Sécurité et qualité des soins, dont :
 - accès à un fournisseur de soins
 - morbidité
 - mortalité
 - incidents liés à la sécurité des patients
 - taux d'infection
 - chutes
 - réadmissions
- Qualité de vie, autonomie fonctionnelle, autogestion des soins
- Satisfaction
- Continuité des soins
- Continuité du fournisseur de soins

Exemples d'indicateurs de résultats à envisager pour le personnel

- Qualité de la vie au travail, dont :
 - satisfaction
 - participation
 - leadership
 - perfectionnement professionnel
 - optimisation du champ d'exercice
 - soins fondés sur les données probantes
 - fatigue
 - relations de travail

- Heures supplémentaires
- Absentéisme
- Maladies et blessures
- Roulement du personnel

Exemples d'indicateurs de résultats à envisager pour l'organisme

- Pratique fondée sur les données probantes
- Accès
- Sécurité et qualité des soins, dont :
 - durée du séjour/service
 - incidents liés à la sécurité des patients
 - réadmissions
 - étendue de contrôle du superviseur
 - milieu de travail de qualité – maintien en poste et recrutement
 - coûts liés aux ressources humaines – maintien en poste et recrutement
 - coût à l'unité du cas/service

Mesure de la charge de travail et gestion de celle-ci

La charge de travail de l'infirmière est le montant de soins alloués aux patients, selon une évaluation de leurs besoins en matière de soins infirmiers et des soins qu'ils requièrent.

Les systèmes de mesure de la charge de travail de l'infirmière calculent le nombre d'heures de soins directs, indirects et non cliniques selon la gravité du patient sur une base quotidienne. Ces outils permettent de recueillir des données précises sur les besoins en matière de soins de chaque patient et établissent une norme du temps nécessaire pour fournir les soins en fonction du temps dont disposent les membres du personnel disponibles.

Depuis longtemps, la profession infirmière éprouve de la difficulté à quantifier les travaux des infirmières. Les outils actuels de mesure de la charge de travail de l'infirmière n'arrivent pas à saisir plus de 40 % des travaux effectués par les infirmières dans certains milieux. Bien que les outils aient été utiles pour déterminer les divers travaux des infirmières, **pour la plupart, il est toujours impossible de saisir les aspects cognitifs et intellectuels du rôle**, comme la coordination, la facilitation et la

prise de décisions. Les outils de la mesure de la charge de travail ne représentent aucunement une solution complète pour déterminer la dotation sécuritaire en personnel.

Six méthodologies de la charge de travail communément utilisées (certaines combinent la dotation en personnel et la charge de travail)

- Approche du jugement professionnel
- Méthode d'infirmière par lit occupé
- Méthode de gravité-qualité
- Tâche chronométrée/approche de l'activité, y compris infirmière auxiliaire autorisée, outil GRASP et Medicus
- Systèmes basés sur la régression
- Ratio infirmière-patient

La responsabilité professionnelle fait partie de la mesure de la charge de travail et de la gestion de celle-ci. La plupart des conventions collectives des infirmières indiquent le processus à suivre relativement à la résolution de problèmes de charge de travail et de préoccupations liées à la pratique ayant un effet sur les soins aux patients. Les formulaires provinciaux de responsabilité professionnelle fournissent un mécanisme permettant de signaler des pratiques non sécuritaires, comme une charge de travail excessive ou une composition inappropriée du personnel. Votre employeur pourrait avoir des renseignements à ce sujet.

Milieus de pratique de qualité

Les milieux de pratique de qualité appuient la prestation de soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique. Ils favorisent aussi la santé des patients et des infirmières. Dans les milieux de pratique de qualité, les patients et leurs besoins en matière de soins se trouvent au centre des soins et de la prise de décisions.

L'AIC et la FCSII sont d'avis que :

- les milieux de pratique de qualité sont essentiels dans tous les domaines d'exercice de la profession infirmière du continuum des soins;
- que les infirmières et les employeurs ont l'obligation envers leurs clients de promouvoir des milieux de pratique de qualité dotés des structures organisationnelles et des ressources nécessaires pour assurer la sécurité, le soutien et le respect de toutes les personnes qui s'y trouvent;
- qu'il est inacceptable de gouverner, de diriger et de financer des milieux de travail malsains, ni d'y travailler ou d'y recevoir des soins;

- et que le milieu de pratique sain et sécuritaire est un droit fondamental de la personne.

La mise sur pied, le soutien et le maintien des milieux de pratique de qualité prennent du temps et de l'engagement. Ils reposent sur la responsabilité partagée des infirmières, des employeurs, des organismes de réglementation, des associations professionnelles, des établissements d'enseignement, des syndicats, des organismes de prestation de soins et d'agrément, ainsi que des gouvernements et du public.

Les milieux de travail doivent respecter les lois provinciales ou territoriales en matière de santé et de sécurité. La santé et sécurité au travail est un domaine qui vise à protéger la sécurité, la santé et le bien-être des gens pendant qu'ils travaillent. Les programmes de santé et sécurité au travail favorisent des milieux de travail sains et sécuritaires et représentent une composante du milieu de pratique de qualité.

Les recherches démontrent que les milieux de pratique malsains et la dotation inadéquate en personnel infirmier peuvent entraîner de la violence et de l'intimidation au travail. La violence et l'intimidation ont des effets négatifs sur les résultats pour les clients, les infirmières et les organismes. L'AIIC et la FCSII appuient fortement les milieux de travail exempts de violence.

Maintien en poste et recrutement

Les infirmières gestionnaires et les organismes doivent penser à la fois aux stratégies de maintien en poste et de recrutement s'ils veulent que le plan de ressources humaines de leur organisme soit durable, réussi et proactif.

Une stratégie qui intègre le maintien en poste et le recrutement est très utile parce qu'elle a des répercussions directes sur les soins aux patients. Les organismes étant en mesure de maintenir en poste leur personnel ont de meilleures évaluations en ce qui a trait aux soins prodigués.

Stratégies de maintien en poste

Pour tout organisme, la capacité à maintenir en poste le personnel et à réduire le taux de roulement est une caractéristique essentielle d'un plan réussi de ressources humaines à long terme. Les taux élevés de roulement du personnel ont des effets négatifs sur les résultats des soins aux patients, le moral du personnel, la productivité au travail, les coûts associés à la dotation des postes vacants, et les efforts liés à l'embauche et à l'orientation des nouveaux employés.

***Stratégies de maintien en poste à l'échelle de l'unité ou du service à considérer
(de la trousse d'outils de l'Hôpital Mount Sinai)***

- Tenir régulièrement des réunions du personnel
- Faire le suivi des préoccupations et s'assurer qu'il y ait une résolution
- S'assurer qu'il y ait de la reconnaissance positive
- Adopter des programmes de reconnaissance et de récompenses
- Appuyer les infirmières avec de la formation
- S'assurer que des équipements appropriés sont en place
- Être transparent dans les communications au personnel
- Créer des occasions novatrices pour l'établissement des horaires (p. 83)

Liste de vérification pour le maintien en poste destinée aux infirmières gestionnaires (de la trousse d'outils de l'Hôpital Mount Sinai)

- Votre organisme mène-t-il régulièrement des sondages sur la satisfaction des employés?
 - Quels sont les enjeux principaux soulevés par les membres du personnel?
 - Avez-vous travaillé avec eux pour élaborer un plan d'action qui aborde ces enjeux?
- Votre organisme a-t-il un modèle de pratique des soins infirmiers/des soins interprofessionnels?
 - Quels mécanismes sont offerts aux infirmières pour s'assurer qu'elles ont leur mot à dire dans l'exercice des soins?
 - Comment assurez-vous la participation du personnel/des infirmières en ce qui a trait aux enjeux de la pratique professionnelle?
- Votre organisme offre-t-il des initiatives visant le bien-être des employés?
 - Comment vous assurez-vous que les membres du personnel sont au courant de ces initiatives?
- Votre organisme a-t-il des programmes de reconnaissance des employés?
 - Comment le personnel est-il reconnu à l'échelle de l'unité?
- Votre organisme fournit-il des bourses ou des prix spéciaux pour reconnaître l'excellence en soins infirmiers?

- Faites-vous régulièrement la promotion de ces programmes et encouragez-vous le personnel de présenter une demande à ces programmes?
- Votre organisme a-t-il des programmes en place qui appuient le personnel infirmier de première ligne travaillant dans le cadre d'initiatives 80/20?
- Avez-vous activement soutenu les infirmières qui participent à ces initiatives et en avez-vous recruté d'autres?
- Les infirmières des premières lignes ont-elles la possibilité de gravir les échelons pour accéder aux postes de direction comme ceux de précepteurs, membres de comité, chef d'équipe et infirmière responsable, et examinez-vous régulièrement la possibilité qu'elles occupent de tels rôles?
- Comment les membres du personnel sont-ils encadrés afin qu'ils développent des compétences en leadership? (p. 85)

Bon nombre de recherches suggèrent qu'un bon plan de maintien en poste cible différents groupes démographiques de façon propre aux besoins du groupe. Pour réussir à maintenir en poste le personnel infirmier, les infirmières gestionnaires doivent comprendre les valeurs et les besoins des membres de leur équipe.

La main d'œuvre infirmière actuelle est formée de membres du personnel et de dirigeants des soins infirmiers appartenant à quatre différentes générations :

- Vétérans, nés entre 1925 et 1945;
- Génération du baby boom, née entre 1946 et 1964;
- Génération X, née entre 1963 et 1980;
- Génération du millénaire ou génération Y, née entre 1980 et 2000.

Stratégies de recrutement

Lorsqu'une infirmière gestionnaire ou une équipe de recrutement d'infirmières décide quelle stratégie de recrutement adopter, elle doit penser au degré d'urgence, aux ressources disponibles sur le plan financier, technologique et humain, à la composition des compétences et au temps dont elle dispose.

Lorsque les infirmières gestionnaires savent comment efficacement faire le recrutement, elles sont en mesure de se prononcer sur l'importance d'améliorer les stratégies de recrutement au sein de leur organisme.

- Adopter la technologie appropriée

- Utilisez des systèmes électroniques internes pour le recrutement, ce qui permet aux offres d'emploi d'être affichées sur les sites Web des hôpitaux et sur les babillards d'emploi nationaux.
- Répondre par voie électronique aux candidats. Créer un système électronique de réponse qui élimine le recrutement fait par papier (p. ex. lettres imprimées, poste traditionnelle, timbres, appels téléphoniques indésirables, etc.).
- Ces pratiques peuvent aussi réduire les coûts et faire accélérer le temps de réponse de l'équipe administrative. (p. 71)
- Créer des canaux pour les candidats
 - Au lieu de considérer le recrutement comme étant une activité à court terme seulement, songez aussi à la situation immédiate et à la situation à plus long terme. Des exemples pourraient comprendre : salons de l'emploi, occasions de stage pour bénévoles ou étudiants, et/ou bourses ou allocations pour infirmières qui s'engagement pour plus longtemps. (p. 71)
- Créer des programmes de perfectionnement des employés
 - Enrichissement de l'emploi et occasions de perfectionnement
 - Programmes de mentorat
 - Formation universelle en soins hospitaliers
 - Horaires flexibles (p. 71)
- Encourager les programmes de recommandation des employés, le réseautage et les campagnes de recrutement
 - Il s'agit d'une façon abordable de recruter au lieu de placer une annonce dispendieuse dans les journaux. Les employés qui recrutent de nouveaux employés pour l'hôpital reçoivent un boni pour leurs efforts de recrutement. Certains hôpitaux ont démontré que leurs employés sont leur principale source de recrutement.
 - Demeurez en contact avec les anciens employés qui ont quitté votre organisme, mais qui pourraient revenir.
 - Distinguez votre organisme des autres en créant une campagne de recrutement qui présente ce que vous avez à offrir à vos employés en mettant l'accent sur les avantages ou caractéristiques uniques.
 - Faites en sorte que le processus de présentation de candidature est simple et accueillant en modernisant votre service de ressources humaines.
- Offrez des incitatifs financiers

- Fournissez des bourses et des programmes de prêt aux élèves du secondaire qui veulent se lancer en soins infirmiers.
- Donnez des avantages traditionnels comme les bonis à la signature du contrat. (p. 72)
- Appuyez le recrutement mené par l’infirmière gestionnaire
 - Bien qu’il peut être difficile pour les infirmières gestionnaires de trouver le temps de faire du recrutement, on a déterminé que les infirmières gestionnaires qui participent aux activités de recrutement sont portées à constater des améliorations relativement à la quantité et qualité des candidats présentant leur candidature. Lorsque l’infirmière gestionnaire participe au processus de recrutement, on remarque qu’il y a de meilleures chances que les candidats reçoivent des réponses immédiates à leurs questions au sujet du poste. Les candidats pourraient aussi se sentir plus rapprochés et plus motivés de présenter leur candidature pour le poste. Certains organismes et certaines infirmières gestionnaires effectuent des entrevues sur place, qui ont pour résultat de raccourcir le processus entre la demande d’emploi et le premier contact. (p. 72)

Section 2 : Où trouver des outils

Les infirmières peuvent trouver des outils pour appuyer la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes dans toutes sortes d’endroits, comme :

- les associations professionnelles
- les syndicats
- les organismes de réglementation
- les gouvernements
- les employeurs
- les instituts et organismes du domaine de la qualité

Voici une liste de tous les outils utilisés comme exemples dans ce module.

Évaluations des besoins des patients en temps réel

Winnipeg Assessment of Neonatal Nurse Needs Tool (WANNNT) Implementation Guide (en anglais seulement)

Winnipeg Assessment of Neonatal Nurse Needs Tool (WANNNT) de l'Office régional de la santé de Winnipeg disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/WANNNT-2013.pdf>

Mesures de la charge de travail et gestion de celle-ci

Building Capacity in Nursing Human Resource Planning: A Best Practice Resource for Nursing Managers (trousse d'outils de l'Hôpital Mount Sinai disponible à <http://www.mountsinai.on.ca/nursing/building-capacity> (en anglais seulement)

Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload Practices, lignes directrices en matière de pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario disponible à <http://rnao.ca/bpg/guidelines/developing-and-sustaining-effective-staffing-and-workload-practices> (en anglais seulement)

Hospital Baseline Emergency Staffing Tool (BEST), ressource en ligne de la Royal College of Nursing Emergency Care Association and Faculty of Emergency Nursing (en anglais seulement)

Nursing Capacity Analysis and Monitoring Tool (adapté de la trousse d'outils de l'Hôpital Mount Sinai) disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Nursing-Capacity-Analysis-and-Monitoring-Tool.pdf> (en anglais seulement)

Nursing Capacity Analysis Tool (adapté de la trousse d'outils de l'Hôpital Mount Sinai) disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Nursing-Capacity-Analysis-Tool.pdf> (en anglais seulement)

Nursing Dashboard Project at Hamilton Health Sciences disponible à <http://www.longwoods.com/content/22801> (en anglais seulement)

Nursing Workload — A Priority for Healthcare, énoncé de position en ligne publié par l'Académie des chefs de direction en soins infirmiers disponible à <http://www.longwoods.com/content/16266> (en anglais seulement)

Selecting and Applying Methods for Estimating the Size and Mix of Nursing Teams par le D^r Keith Hurst disponible à http://www.who.int/hrh/tools/size_mix.pdf (en anglais seulement)

Winnipeg Assessment of Neonatal Nurse Needs Tool (WANNNT) produit par l'Office régional de la santé de Winnipeg disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/WANNNT-2013.pdf> (en anglais seulement)

Workload Indicators of Staffing Need (WISN), page Web de l'Organisation mondiale de la santé disponible à http://www.who.int/hrh/resources/wisn_user_manual/en/ (en anglais seulement)

Example du Workload Utilization Report (adapté de la trousse d'outils de l'Hôpital Mount Sinai) disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Workload-Utilization-Report.pdf> (en anglais seulement)

Préoccupations concernant la responsabilité professionnelle :

British Columbia Nurses' Union disponible à <https://www.bcnu.org/a-safe-workplace/defend-your-professional-practice/professional-responsibility-form-process> (en anglais seulement)

United Nurses of Alberta disponible à <https://www.una.ab.ca/files/383/ProfessionalResponsibilityConcernFillableForm.pdf> (en anglais seulement)

Saskatchewan Union of Nurses disponible à <http://sun-nurses.sk.ca/professional-practice/professional-practice> (en anglais seulement)

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario disponible à http://www.ona.org/professional_practice/professional_responsibility_workload_report_forms.html (en anglais seulement)

Nova Scotia Nurses' Union disponible à http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/NSNU-Workload-and-Clinical-Capacity-Guide-for-Members_Jan2014.pdf (en anglais seulement)

Prince Edward Island Nurses Union disponible à <http://peinu.com/member-login/work-situation-report/> (en anglais seulement)

Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick disponible à http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/NBNU_Community-Care-Work-Situation-Report.pdf (en anglais seulement)

Décisions sur la composition du personnel

AACN Synergy Model for Patient Care disponible à <http://www.aacn.org/wd/certifications/docs/synergymodelforpatientcare.pdf> (en anglais seulement)

Building Capacity in Nursing Human Resource Planning: A Best Practice Resource for Nursing Managers du site Web de l'Hôpital Mount Sinai (Toronto) disponible à <http://www.mountsinai.on.ca/nursing/building-capacity> (en anglais seulement)

Effective Utilization of RNs and LPNs in a Collaborative Practice Environment, lignes directrices du College of Registered Nurses of Nova Scotia et du College of Licensed Practical Nurses of Nova Scotia disponible à <http://crnns.ca/publication/effective-utilization-of-rns-and-lpns-in-a-collaborative-practice-environment/> (en anglais seulement)

Patient Care Needs Assessment Tool – Annexe A de la trousse d'outils RN/RPN Utilization Toolkit [PDF, 1 MB] de l'Hôpital Sunnybrook (Toronto) disponible à http://sunnybrook.ca/uploads/RN_RPN_Utilization_Toolkit_%28Apr30%29.pdf (en anglais seulement)

RN and RPN Practice: The Client, the Nurse and the Environment, lignes directrices pour la pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario disponible à <http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41062.pdf> (en anglais seulement)

Safer Health Care Nursing Tool, approuvé par le National Institute for Health and Care Excellence (UK) disponible à http://shelfordgroup.org/library/documents/130719_Shelford_Safer_Nursing_FINAL.pdf (en anglais seulement)

Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, le Canadian Council for Practical Nurse Regulators et Registered Psychiatric Nurses of Canada disponible à https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/staff_mix_framework_2012_f.pdf

Unit Environment Profile Tool – Annexe E dans le projet de trousse d'outils RN/RPN Utilization de Sunnybrook disponible à http://sunnybrook.ca/uploads/RN_RPN_Utilization_Toolkit_%28Apr30%29.pdf (en anglais seulement)

Winnipeg Assessment of Neonatal Nurse Needs Tool (WANNNT) produit par l'Office régional de la santé de Winnipeg disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/WANNNT-2013.pdf> (en anglais seulement)

Travailler ensemble : Cadre de référence pour les infirmières immatriculées et les infirmières auxiliaires autorisées de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et de l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick disponible à <http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-GuidelinesIntraprofessionalCollaborationRNsandLPNsWorkingTogether-F-2015-10.pdf>

Modèles de prestation de soins infirmiers

Health PEI: Collaborative Model of Care disponible à <http://www.healthpei.ca/cmoc> (en anglais seulement)

Modèle de soins collaboratifs de la Nouvelle-Écosse disponible à http://novascotia.ca/dhw/mocins/docs/MOCINS_What_it_Means_For_You.pdf (en anglais seulement)

Centre de santé St-Joseph (Toronto): *A Roadmap for Co-creating Interprofessional Models of Care* disponible à <http://www.stjoe.on.ca/education/pdf/roadmap.pdf> (en anglais seulement)

L'Hôpital d'Ottawa : *Modèle de pratique infirmière clinique* disponible à https://www.ottawahospital.on.ca/wps/portal/Base/TheHospital/OurModelofCare/ProfessionalModels/ModelofNursingClinicalPractice!/ut/p/c5/hc5NDolwEAXgs3gB-kpLKctioa2KigR_2BA0xpClujAaby_qWp1Zfnkzi1Sk31Nzaw_NtT2fmiNZk0rUBoXhacAhQ6vghL9MpmGB0vDeN6KOQRdjVtrMTmgKp0cZm-cBYMWf9IhU7bbz7rvOg8clAkQsEpL5glNwsnrV-XogicOPL8MEUUwVZq6UcGrBc10kDD4-rvuccdyHzLSGy4fSxFZT9B_e_qv-y_FIFMjUnrs9uXTrR-Ha-UENBk-cA8xj/dl3/d3/L0IDUmITUSEhL3dHa0FKRnNBL1ICUmZ3QSEhL2Zy/

Outils de maintien en poste et de recrutement

Building Capacity in Nursing Human Resource Planning: A Best Practice Resource for Nursing Managers du site Web de l'Hôpital Mount Sinai (Toronto) disponible à <http://www.mountsinai.on.ca/nursing/building-capacity> (en anglais seulement)

Flexible Work Practices in Nursing, produit par le Conseil international des infirmières disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Flexible-Working-Practices.pdf> (en anglais seulement)

Influence of Authentic Leadership on Newly Graduated Nurses' Experiences of Workplace Bullying, Burnout and Retention Outcomes: A Cross-sectional Study disponible à http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Laschinger-2012_new-grads-bullying-retention.pdf (en anglais seulement)

Thriving in the Workplace: A Nurse's Guide to Intergenerational Diversity, carnet de travail de la FCSII sur le maintien en poste et le recrutement disponible à https://www.ona.org/documents/File/humanrightsequity/CFNU_Thriving_in_Workplace_201211.pdf (en anglais seulement)

Milieus de pratique de qualité (y compris santé et sécurité au travail)

Assessing workplace violence in the acute or long-term care sectors, produit par l'Association de santé et sécurité des services publics disponible à <http://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/02/WVRAT-Acute-LTC-Etool.pdf> (en anglais seulement)

Évaluer la violence dans la communauté : Un guide pour le lieu de travail, produit par l'Association de santé et sécurité des services publics disponible à https://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/02/AssessingViolence_2013_06_26.pdf

Business Case for a Healthy Workplace, produit par Santé et sécurité Ontario disponible à http://www.wsps.ca/WSPS/media/Site/Resources/Downloads/BusinessCaseHW_Final.pdf?ext=.pdf (en anglais seulement)

Health and Safety Smart Planner: Economic Evaluation Software disponible à <http://www.iwh.on.ca/smart-planner> (en anglais seulement)

Améliorer votre milieu de travail, disponible à <https://inf-fusion.ca/fr/outils/ameliorer-votre-milieu-de-travail>

Milieus de pratique : optimiser les résultats pour les clients, les infirmières et les organisations, énoncé de position commun de l'AIC et de la FCSII disponible à http://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/Milieus-de-pratique-optimiser-les-resultats-pour-les-clients-les-infirmieres-et-infirmiers-et-les-organisations_enonce-de-position-commun.pdf

Preventing and Managing Violence in the Workplace, de la série de lignes directrices pour la pratique de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario disponible à <http://rno.ca/bpg/guidelines/preventing-and-managing-violence-workplace> (en anglais seulement)

Quality Practice Environments checklist, liste de vérification produite par le College of Registered Nurses of British Columbia disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/QPE-checklist.pdf> (en anglais seulement)

Violence/Aggression Assessment Checklist for Emergency Departments and Emergency Medical Services, produit par l'Association de santé et sécurité des services publics disponible à http://www.pshsa.ca/wp-content/uploads/2013/02/VAACEtoo_instruction.pdf (en anglais seulement)

La violence et l'intimidation en milieu de travail, énoncé de position commun de l'AIC et de la FCSII disponible à https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/la-violence-et-lintimidation-en-milieu-de-travail_enonce-de-position-commun.pdf?la=fr

Section 3 : Choisir des outils

Vous avez maintenant vu divers exemples de différents outils et savez où les trouver. Vous comprenez sans doute les éléments auxquels songer lorsqu'on choisit des outils pour la dotation sécuritaire en personnel infirmier.

La liste de vérification fournit un échantillon de questions pour vous aider.

- À quoi faut-il penser lorsqu'on choisit des outils?
- L'outil est-il valide (contenu et validité apparente, conception et critères)?
- L'outil a-t-il un bon coefficient d'objectivité?
- L'outil est-il courant (validé au cours de l'année en cours)?
- L'outil est-il facile à comprendre et à utiliser?
- L'outil est-il convenable pour votre milieu clinique/service?
- Le format de l'outil (papier par opposition au format électronique) est-il favorable pour l'achèvement?
- Des infirmières ont-elles participé au développement et à l'évaluation de cet outil?
- L'outil saisit-il tous les éléments de la pratique infirmière, et non seulement les tâches?
- Les données nécessaires pour alimenter l'outil sont-elles faciles d'accès, correctes et valides?
- L'outil aborde-t-il les facteurs liés au patient, à l'infirmière et à l'organisme, ainsi que les indicateurs liés aux résultats?
- L'outil comprend-t-il l'aspect de la fiabilité du jugement professionnel en soins infirmiers?
- L'outil est-il assez flexible pour intégrer les besoins en temps réel?

Section 4 : Appliquer les principes de la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes

Dans cette section, nous passerons en revue les expériences présentées au Module 2, qui montrent comment les résultats négatifs pour les patients, les infirmières et les employeurs peuvent être attribuables à l'absence de dotation sécuritaire en personnel infirmier. Cette fois-ci, les solutions sont incluses pour démontrer comment les infirmières ont appliqué les cinq principes de la dotation sécuritaire en personnel infirmier pour obtenir de meilleurs résultats pour les patients, elles-mêmes et les employeurs. Pensez à comment les principes de la dotation sécuritaire en personnel ont été appliqués pour arriver à la solution.

Scénarios de solutions

Scénario 1 :

Milieu de soins de santé : maison de soins infirmiers

Après avoir essayé d'améliorer la situation en parlant directement à mon employeur, j'ai déposé un formulaire de préoccupation relative à la responsabilité professionnelle et un représentant de mon syndicat est venu examiner les détails. Le processus a pris du temps, mais nous sommes parvenus à une entente et avons obtenu un plus grand personnel. Nous avons demandé non seulement plus d'infirmières, mais aussi plus de personnel de soutien, comme les commis d'unité, afin que le personnel infirmier puisse passer plus de temps à soigner les patients. Nous avons aussi un nouveau modèle de dotation, qui nous donne un meilleur leadership infirmier. Nous tenons régulièrement des réunions du personnel, et nous parlons de nos problèmes et travaillons à des solutions. Les horaires sont examinés avant d'être affichés pour s'assurer qu'ils sont convenables pour les besoins des patients. La communication est meilleure dans toute l'organisation. Maintenant, je peux planifier à l'avance. Je peux mieux faire mon travail parce qu'il y a d'autres soutiens en place. J'ai enfin l'impression de pouvoir fournir les soins sécuritaires et de qualité dont ont besoin mes patients, et c'est un grand soulagement pour moi.

Scénario 2 :

Milieu de soins de santé : unité d'endoscopie dans un hôpital de soins actifs

J'ai approché mon gestionnaire, mais il est rapidement devenu clair que nous ne pouvions pas résoudre les problèmes à l'interne. J'ai donc déposé un formulaire de préoccupation relative à la responsabilité professionnelle. Le représentant du syndicat est venu me voir sur place et a parlé à tout le monde à propos de la situation. Grâce aux normes de pratique en salle d'opération, qui s'appliquent à l'unité d'endoscopie, il était évident qu'il fallait assurer une couverture en anesthésie pour toutes les procédures ayant lieu après les heures normales de travail, ou de faire en sorte qu'une deuxième infirmière autorisée est présente. Une trousse d'outils destinée au personnel précisait qu'il s'agit toujours de la façon de procéder. Les infirmières en salle d'opération actuelles et futures reçoivent toutes une formation sur les procédures d'endoscopie et la sédation consciente, et nous faisons une rotation dans l'unité d'endoscopie pour que nous puissions mettre la formation en pratique. Il y a aussi de nouvelles politiques et procédures faisant en sorte que tout le monde est sur la même longueur d'onde en ce qui concerne la communication. Je suis heureuse de m'être prononcée sur cette situation, de pouvoir maintenant bien faire mon travail et que les

patients sont en sécurité. Si quelque chose était arrivé, je ne me serais jamais pardonné.

Scénario 3 :

Milieu de soins de santé : unité médicale dans un hôpital de soins actifs

J'ai commencé par essayer d'aborder le problème en parlant à mon gestionnaire, mais la situation était si complexe que pour améliorer les choses, il fallait apporter des changements dans tout l'établissement. J'ai donc préparé un formulaire de préoccupation relative à la responsabilité professionnelle très détaillée et l'agent de la pratique professionnelle du syndicat est venu sur place pour voir ce qui se passait. Ce n'était pas facile à résoudre. Après deux ans, nous avons conclu une entente et il y a eu plusieurs réunions, mais nos efforts ont valu la peine. L'établissement a engagé plus de personnel infirmier de base – une infirmière autorisée et une infirmière auxiliaire autorisée – un personnel dédié de relève, et a accordé plus d'heures de personnel non infirmier, comme les commis d'unité, les porteurs et les pharmaciens. Nous avons aussi reçu de la formation supplémentaire, et les gestionnaires en ont reçu aussi pour qu'ils puissent mieux comprendre les enjeux. Les infirmières sentent maintenant qu'elles peuvent participer à la planification et à la prise de décisions. Il y également eu des changements au sein de tout l'hôpital. Nous avons de nouveaux outils. Et tout le monde – gestionnaires, directeurs et personnel – sait ce que les infirmières savaient dès le début. Au bout du compte, pour les hôpitaux, c'est la sécurité des patients qui compte. Lorsque vous avez assez d'infirmières, et qu'elles ont de bons outils, les ressources et le soutien nécessaires, les patients se rétablissent plus rapidement et tout le système de santé gagne.

Scénario 4 :

Milieu de soins de santé : unité de soins postactifs (évaluation et traitement en gériatrie, soins continus complexes, autres niveaux de soins)

Les infirmières de l'unité ont déposé des formulaires de préoccupation relative à la responsabilité professionnelle, mais ne sont pas parvenues à une entente. Donc, un groupe d'experts a fait son examen et a formulé 50 recommandations. Il a conclu que le modèle de soins détériorait les soins prodigués et les résultats pour les patients. Ce groupe d'experts a ajouté que la charge de travail était trop grande et que le milieu de travail n'offrait pas assez de soutien. C'était rassurant de savoir que nos préoccupations avaient été reconnues par ce groupe d'experts impartial. Les membres du groupe ont suggéré qu'il nous fallait renforcer le leadership et que nous devions nous concentrer sur l'établissement des tâches que pouvaient et que devraient faire les différentes infirmières en fonction de leur niveau d'instruction et d'expérience, leurs connaissances

et leurs compétences. Ils nous ont dit que nous étions en mesure de déterminer la composition du personnel qu'il nous fallait. Ils ont aussi expliqué, qu'au minimum, il nous fallait un personnel de base suffisant pour soigner les patients, c'est-à-dire un bon équilibre entre les équipes de soins réglementées et non réglementées. Nous avons maintenant plus d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées, et plus de personnel travaillant à temps plein, donc il y a assez d'infirmières autorisées sur place et nous avons moins souvent recours aux infirmières d'agences. Les infirmières autorisées participent maintenant en tant que dirigeantes cliniques de l'équipe. Nous avons une infirmière en pratique avancée et un nouveau modèle sécuritaire de dotation, qui indique clairement ce que les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les fournisseurs non réglementés peuvent faire et ne pas faire. Je m'attends à ce qu'il y ait moins de chutes chez les patients et d'erreurs de médicaments, et de meilleurs résultats. Puisque les infirmières sont plus respectées en tant que responsables des décisions, nous travaillons mieux en équipe, et nous avons un personnel de base suffisant pour assurer la continuité des soins.

Scénario 5 :

Milieu de soins de santé : salle d'urgence

Les infirmières de l'unité ont soumis des formulaires de préoccupation relative à la responsabilité professionnelle, mais ne sont pas parvenues à une entente. Donc, un groupe d'experts a fait son examen et a formulé 50 recommandations. La plupart portaient sur la dotation et les horaires. Le problème le plus important était que même si l'horaire était affiché, il y avait une grande différence entre le personnel qui devait travailler et le personnel réellement présent. S'il y avait une urgence, nous ne pouvions pas composer. Nous pouvions à peine gérer les demandes du quotidien. Pour commencer, il nous fallait donc un personnel de base suffisant. Ensuite, le personnel et la gestion de la salle d'urgence se sont réunis pour établir des lignes directrices pour qu'il y ait le personnel nécessaire en place au cas où il y avait une hausse soudaine du volume de patients. Nous utilisons aussi maintenant des outils de prévision pour déterminer si nous avons assez d'infirmières à temps plein et à temps partiel et d'infirmières auxiliaires autorisées dans la salle d'urgence. Dans la planification à court et long terme, nous devons tenir compte des vacances, des congés fériés, des congés de maternité et des congés de maladie. Nous avons aussi des politiques qui nous aident à décider si une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée est exigée. Maintenant que nous avons été formés, les rôles et responsabilités sont beaucoup plus clairs. Nous consignons quels effets ces mesures ont sur les clients. De plus, le rôle de l'infirmière responsable a été élargi et elle a reçu de la formation. L'infirmière responsable et le gestionnaire clinique se réunissent souvent, ce qui a amélioré la communication en général.

Scénario 6 : infirmière gestionnaire

Milieu de soins de santé : unité de soins intensifs

J'ai réuni les membres du personnel pour leur parler des résultats des indicateurs. Je leur ai demandé s'ils savaient ce qui causait les problèmes. Plusieurs entre eux ont dit qu'il y avait de nombreux congés de maladie tous les jours. Ils ont également dit qu'il n'y avait pas suffisamment de personnel de relève, donc les infirmières faisaient beaucoup de travail supplémentaire. Parce que nous surutilisons le personnel existant, nous avons créé un cercle vicieux pour les heures supplémentaires. Les heures supplémentaires entraînaient la fatigue des infirmières, de laquelle découlaient les congés de maladie et le besoin de faire d'autres heures supplémentaires pour se rattraper. Parfois, nous manquions de personnel et personne ne pouvait remplacer. Ce genre de situation entraînait de faibles résultats des indicateurs de qualité. En me fondant sur les données et les commentaires du personnel, j'ai présenté une analyse à la directrice des soins afin d'obtenir un personnel de base plus complet, ainsi que plus d'infirmières occasionnelles et à temps partiel, qu'il serait possible d'engager grâce à la réduction des heures supplémentaires et du nombre de congés de maladie, à l'amélioration des résultats des indicateurs de qualité, aux meilleurs résultats pour les patients et à un milieu de travail plus sain.

Scénario 7 : infirmière gestionnaire

Milieu de soins de santé : soins de longue durée

J'ai rencontré les chefs d'équipe pour examiner la composition du personnel. Qui faisait partie du personnel? Que faisaient-ils? Faisaient-ils des tâches appropriées pour leur niveau d'instruction, leurs compétences et leur expérience? La composition actuelle du personnel correspondait-elle aux besoins des patients? Pour trouver les réponses, nous avons utilisé un cadre décisionnel sur la composition du personnel. La première étape était d'analyser les besoins des clients. Tous les membres du personnel prodiguant des soins directs effectuaient des analyses, qui ont pour but d'examiner différents aspects comme le niveau d'autonomie des patients, la disponibilité des soutiens, ainsi que la stabilité et la complexité de leur état de santé. Ensuite, nous avons déterminé le nombre de fournisseurs de soins et s'ils étaient infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées ou fournisseurs de soins non réglementés. Qu'est-ce que leur formation leur permettait de faire? Quels étaient leurs niveaux d'expérience et leurs compétences? En nous fondant sur nos analyses, nous avons réduit le nombre de postes d'infirmière autorisée de cinq pour cent, avons réduit de moitié le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées et avons augmenté le nombre de fournisseurs de soins non réglementés de 40 pour cent. Il n'y a eu aucune mise à pied, seulement de l'attrition. Nous avons fourni du soutien et de la formation durant la période de

transition. Après six mois, les résultats pour les patients étaient pareils et la satisfaction du personnel s'était améliorée, comme l'a témoigné un meilleur taux de maintien en poste et des taux réduits d'absentéisme, ce qui représente un bénéfice net pour l'employeur et pour l'organisme.

Section 5 : Vérifiez vos connaissances

Questions

Vrai ou faux?

1. Les six composantes clés de la dotation sécuritaire en personnel infirmier sont : évaluations des besoins des patients en temps réel; modèles de prestation de soins infirmiers; décisions sur la composition du personnel; mesures de la charge de travail et gestion de celle-ci; milieux de pratique de qualité; maintien en poste et recrutement
2. Les listes de vérification sur le maintien en poste sont un moyen efficace de s'assurer qu'un plan de planification des ressources humaines à long terme est en place.
3. Ce qui est le plus important dans la sélection d'un outil est d'en choisir un qui a été éprouvé par le passé.
4. Seuls les employeurs sont responsables de la mise sur pied et du maintien de milieux de pratique de qualité.
5. Les formulaires provinciaux de responsabilité professionnelle constituent un élément de la mesure de la charge de travail et de la gestion de celle-ci.
6. La composition du personnel constitue la combinaison de membres du personnel appartenant à différentes catégories de soins utilisés pour la prestation directe de soins dans le contexte de prestation de soins infirmiers.
7. La satisfaction des infirmières est le facteur principal dans la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes.
8. Le processus de prise de décisions sur la composition du personnel ne comprend que trois étapes, soit la planification, la mise en œuvre et l'évaluation.
9. Certains outils combinent différentes composantes comme la composition du personnel et les niveaux de dotation/la charge de travail.

Réponses

1. Vrai
2. Vrai
3. Faux
4. Faux
5. Vrai
6. Vrai
7. Faux
8. Faux
9. Vrai

Conclusion

Vous savez maintenant à quelles composantes songer et connaissez les outils qui vous sont offerts pour mettre en œuvre la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes dans votre organisme.

Visitez <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Certificate-3.pdf> pour obtenir votre certificat d'achèvement.

Visitez <http://cna.fluidsurveys.com/s/staffingtoolkitmodule3/> pour remplir un court sondage afin que nous puissions continuer à améliorer cette trousse d'outils.

Module 3 - Références

BEDUZ, M. A., VINCENT, L., et PAUZÉ, E. *Building capacity in nursing human resource planning: A best practice resource for nursing managers, 2009*. Consulté dans le site Web de l'Hôpital Mount Sinai : <https://www.mountsinai.on.ca/nursing/building-capacity> (en anglais seulement)

CAMPBELL, A. *Le printemps de la peur*. Rapport final de la Commission d'enquête sur le SRAS. (vol. 2), 2006. Ottawa: auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, Canadian Council for Practical Nurse Regulators, Registered Psychiatric Nurses of Canada. *Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité, 2012*. Ottawa: auteurs.

Conseil international des infirmières. *Safe staffing saves lives: Information and action tool kit*, 2006. Genève : auteur.

McGillis Hall, L. Nurse staffing. dans L. McGillis HALL (éd.). *Quality work environments for nurse and patient safety*, 2005, (pp. 9-38). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, Inc.

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Syndicat des employées et employés de la fonction publique de l'Ontario. Soumission commune à la Commission d'enquête sur le SRAS, 2003, 17 novembre.

WorkBC Employment Services. *Resources and Tools for Job Seekers*, 2015. Extrait de : <http://oliveresc.ca/job-search-resources/>

Module 4

Bienvenue au Module 4 de la Trousse d'outils sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes. Ce module vous montrera comment mettre en œuvre la dotation sécuritaire en personnel infirmier dans votre milieu de pratique.

La dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes peut produire de véritables changements, dont profitent les patients, les infirmières et les employeurs, comme :

- de nouveaux modèles de dotation
- plus de personnel infirmier de base et personnel de relève dédié
- un rôle élargi pour l'infirmière responsable et de la formation supplémentaire
- l'élaboration de lignes directrices sur la dotation en personnel en cas de hausse importante de patients
- la réduction de l'absentéisme et des heures supplémentaires chez les infirmières

Mais comment s'y prendre pour communiquer une solution fondée sur les données probantes aux personnes pouvant la mettre en œuvre? Ce module présente des outils que vous pouvez utiliser pour présenter votre dossier sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes dans votre milieu de pratique.

Section 1 : En quoi consiste l'analyse de rentabilité?

En quoi consiste l'analyse de rentabilité? L'analyse de rentabilité démontre comment un investissement de ressources, soit financières, humaines ou autres, est justifié compte tenu du retour potentiel sur cet investissement. L'analyse de rentabilité est utilisée pour saisir le raisonnement motivant un changement relatif aux pratiques, à une politique, à un projet ou à une tâche pour intervenir face à un enjeu. Il y a plusieurs différents modèles offerts pour élaborer une analyse de rentabilité. Votre analyse de rentabilité devrait inclure certains éléments, peu importe le modèle que vous choisissiez d'utiliser :

- un sommaire, qui présente un survol succinct de l'enjeu, des possibilités pour aborder cet enjeu, de la justification et des recommandations;
- le contexte actuel, y compris les enjeux à aborder. Le contexte peut inclure des hypothèses, les contraintes, les dépendances, la portée et les limites;
- les différentes possibilités, y compris le statu quo;
- une analyse des coûts et les avantages de chaque possibilité, y compris les coûts directs et indirects, ainsi que les avantages pour les patients, les fournisseurs et les

employeurs. Si vous n'avez pas les données nécessaires, demandez à votre gestionnaire de vous les fournir;

- votre recommandation devrait également inclure le « qui » et le « comment », par exemple, la gouvernance, la gestion et la mise en œuvre. Décrivez les risques possibles et les plans de gestion des risques. Que ferez-vous pour faire partie de la solution? Ne laissez pas la responsabilité entière à la gestion. Montrez que vous savez ce qu'il faut faire et que vous êtes prêts à contribuer des efforts;
- les données scientifiques qui appuient votre recommandation;
- une liste des intervenants clés et où ils se situent par rapport à votre recommandation;
- un plan proposé de mise en œuvre et un plan d'évaluation.

Exemples d'analyses de rentabilité et article intéressant :

Medication Reconciliation Business Case disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/CoP-Shares-Medication-Reconciliation-Business-Case.pdf> (en anglais seulement)

SickKids business case for medication reconciliation disponible à http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Business-Case-for-Medication-Reconciliation_sick-kids.pdf (en anglais seulement)

Ventilator associated pneumonia business case disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/VAP-Business-Case.doc> (en anglais seulement)

Article :

Is there a business case for quality? disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/health-affairs-article-on-business-case.pdf> (en anglais seulement)

Section 2 : En quoi consiste la note de breffage?

En général, si la solution ou la recommandation est complexe, exigeante et nécessite des coûts considérables, une analyse de rentabilité est souvent nécessaire. Par contre, si la recommandation est assez facile à adopter ou qu'elle peut être gérée ou mise en œuvre par l'unité, une note de breffage pourrait être plus appropriée.

Bien que vous ayez plusieurs différents modèles à votre disposition, les notes de breffage suivent généralement un format normalisé ayant cinq sections principales :

- le but énoncé;
- le contexte;
- un examen de la situation actuelle;
- un sommaire des considérations clés – les avantages et les désavantages – qui fournissent des données probantes et une justification pour appuyer la section finale
- la conclusion, qui pourrait être une recommandation, des conseils, ou les deux.

Exemple :

A Brief for Hospital Administrators, produit par l'Institute for Healthcare Improvement disponible à http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/IHI-Business-Case_Prevent-SSI-Hip-Knee-Arthroplasty.pdf (en anglais seulement)

Section 3 : Présenter son analyse de rentabilité

Maintenant que vous connaissez la différence entre l'analyse de rentabilité et la note de breffage, parlons de comment vous pouvez vous préparer à présenter votre analyse. Nous examinerons les questions auxquelles vous devriez pouvoir répondre si vous êtes prêts. Nous discuterons des préoccupations communes et comment y répondre, et de la formulation d'un argument éclair.

Si vous pouvez répondre « oui » à toutes les questions suivantes, vous êtes probablement prêt à présenter votre analyse de rentabilité :

1. Mes analyses et recommandations sont-elles claires et appuyées par des données probantes?
2. Est-ce que je comprends bien les données probantes?
3. Les économies possibles et les coûts sont-ils clairs, raisonnables et réalisables?
4. Est-ce que j'ai inclus un plan de mise en œuvre?
5. Est-ce que j'ai inclus une façon d'évaluer les résultats et de mesurer le succès?
6. Est-ce que je sais qui doit recevoir mon analyse de rentabilité ou note de breffage?
7. Mon argument éclair est-il prêt?

Section 4 : Comment aborder les préoccupations communes?

L'élaboration et la présentation d'une analyse de rentabilité peuvent constituer une nouvelle expérience pour bien des infirmières. Il se peut que vous ayez des

préoccupations. Voici une liste de préoccupations communes et des conseils pour les aborder.

Je ne suis qu'une infirmière débutante. Ces recommandations ne devraient-elles pas venir d'une infirmière gestionnaire?

Tout le monde est responsable de la dotation sécuritaire en personnel infirmier, et parfois, une nouvelle perspective de la situation aide à apporter les changements nécessaires. Il est souhaitable que vous consultiez d'autres infirmières dans votre unité pour ce genre d'activité, ou que vous collaboriez avec elles. Vous devriez également consulter votre infirmière gestionnaire, votre représentant syndical, le personnel des ressources humaines et un dirigeant de la pratique professionnel, ou collaborer avec ces personnes.

Que faire si la technologie et les coûts de la mise en œuvre sont trop élevés?

Une analyse des coûts et des avantages devrait inclure une explication montrant comment les coûts seront engagés sur une période de temps définie plutôt qu'en un versement unique. Ce concept s'appelle l'amortissement.

Comment faire pour surmonter le manque d'intérêt ou de capacité?

Des données solides sont difficiles à rejeter, mais il est toujours utile d'avoir un champion de la direction derrière vous. Cette personne occupe généralement un poste officiel au sein de la direction et est d'accord avec le changement que vous recommandez. Si la capacité est actuellement limitée pour la mise en œuvre, incluez un plan de formation pour renforcer la capacité.

Comment puis-je accéder à mon infirmière gestionnaire?

Demandez-lui de vous accorder du temps par écrit et fixez une réunion officielle. Assurez-vous aussi de savoir comment cette personne préfère recevoir ce type d'information. Par exemple, serait-il préférable de lui envoyer l'analyse de rentabilité ou la note de breffage par courriel avant la réunion? Ou serait-il mieux d'apporter des copies papier à la réunion? Ou encore, peut-être qu'elle préférerait une présentation PowerPoint. Il est important que vous suiviez la voie hiérarchique, en commençant par vous adresser à votre infirmière gestionnaire ou responsable clinique.

Que faire si je ne me sens pas à l'aise à l'idée de présenter mon analyse?

L'AICC et le syndicat de votre province ou territoire ont différentes ressources qui peuvent vous aider à communiquer avec plus de confiance. Et bien sûr, assurez-vous de passer en revue vos documents et de vous pratiquer plusieurs fois.

Que faire si ma recommandation n'est pas retenue et qu'il n'y a pas de progrès?

Il y a différentes raisons pour lesquelles les propositions ne sont pas adoptées. Cela ne veut pas nécessairement dire que vous devriez arrêter d'essayer. Renseignez-vous pour savoir pourquoi votre proposition n'a pas été acceptée et abordez la raison si possible.

Section 5 : Quel est votre argument éclair?

L'analyse de rentabilité ou la note de breffage est prête. Tous les intervenants concernés vous appuient, et maintenant vous devez parler de façon succincte de votre idée. Il y en a tant à dire alors comment bien vendre votre idée? L'école de gestion de l'Université Harvard a élaboré un outil pour aider avec cet aspect : l'outil de formulation d'argument éclair.

Utilisons cet outil pour formuler un argument en faveur de la construction d'une salle de recueil à votre étage.

Étape 1 : Qui? Présentez-vous et parlez un peu de vous-même. Par exemple, « Bonjour, je m'appelle Marie et je travaille au sein de cet organisme depuis plus de dix ans. »

Étape 2 : Quoi? Décrivez votre rôle. « Je suis infirmière gestionnaire, et dans le cadre de mon travail, je suis responsable de la sécurité des infirmières et des patients. »

Étape 3 : Pourquoi? Présentez votre analyse de rentabilité et expliquez pourquoi elle est unique et novatrice, ainsi que nécessaire. « J'ai remarqué certains changements dans l'organisme qui touchent le flux des patients et les heures de travail, et je comprends que cet enjeu est complexe, alors je voudrais vous parler d'une occasion simple d'améliorer la sécurité des patients et des infirmières. »

Étape 4 : Objectif. Il s'agit de l'argument et la demande. « Il y a une salle d'entretien vacante, qui pourrait être reconfigurée en salle de recueillement à l'aide d'un petit investissement. Cette salle pourrait être un endroit tranquille où les infirmières, les patients et les familles pourraient aller pour s'éloigner du va-et-vient de l'unité. »

Maintenant, appliquez ces quatre étapes à votre idée. Lorsque vous avez terminé, vous pouvez imprimer votre argument et le lire à voix haute pour déterminer si c'est bien ce que vous voulez exprimer.

Section 6 : Vérifiez vos connaissances

Il est temps de mettre à l'épreuve ce que vous avez appris dans ce module.

Question

Faites correspondre le terme à sa définition.

Termes

Sommaire

Plan d'évaluation

Analyse de rentabilité

Analyse des coûts et avantages

Note de breffage

Recommandation

Définitions

Présente un survol succinct des possibilités et des recommandations de l'analyse de rentabilité.	
Décomposition détaillée des coûts directs et indirects et des avantages pour les patients, les fournisseurs et les employeurs.	
Ce que vous croyez qu'il faut faire en vous basant sur des données scientifiques fiables et une analyse de votre milieu.	
Comment vous mesurerez le succès de vos recommandations.	
Une façon de présenter vos idées et les données probantes aux décideurs, qui explique comment un investissement de ressources est justifié compte tenu du retour potentiel sur cet investissement.	

Une façon de présenter vos idées et les données probantes lorsque la solution n'exige pas de ressources considérables (comprend un but, un sommaire des faits et une recommandation pour conclure).	
---	--

Réponses

1a, 2d, 3f, 4b, 5c, 6e

Conclusion

Merci de placer vos patients en priorité en prenant le temps de terminer le quatrième et dernier module de la Trousse d'outils sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes. Vous connaissez maintenant l'importance du dossier permettant d'influencer la prise de décisions à ce sujet important.

Visitez <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Certificate-4.pdf> pour obtenir votre certificat d'achèvement.

Visitez <http://cna.fluidsurveys.com/s/staffingtoolkitmodule4/> pour remplir un court sondage afin que nous puissions continuer à améliorer cette trousse d'outils.

Module 4 - Ressources

Medication Reconciliation Business Case disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/CoP-Shares-Medication-Reconciliation-Business-Case.pdf> (en anglais seulement)

SickKids business case for medication reconciliation disponible à http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/Business-Case-for-Medication-Reconciliation_sick-kids.pdf (en anglais seulement)

Ventilator associated pneumonia business case disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/VAP-Business-Case.doc> (en anglais seulement)

Is there a business case for quality? disponible à <http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/health-affairs-article-on-business-case.pdf> (en anglais seulement)

A Brief for Hospital Administrators, par l'Institute for Healthcare Improvement disponible à http://cna-aiic.ca/~media/cna/files/safe-staffing-toolkit/IHI-Business-Case_Prevent-SSI-Hip-Knee-Arthroplasty.pdf (en anglais seulement)