

Valoriser la sécurité des patients

Structure responsable de la main-d'œuvre

Maura MacPhee, IA, Ph. D.



Publié par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

www.fcsii.ca

2841, promenade Riverside

Ottawa (Ontario) K1V 8X7

613-526-4661

© Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers 2014

Tous droits réservés. Aucune partie de cet ouvrage ne peut pas être reproduite ou transmise par quelque procédé que ce soit, tant électronique que mécanique, en particulier par photocopie, enregistrement ou par tout système de recherché ou d'entreposage documentaire sans l'autorisation de l'éditeur.

Ce livre a été conçu et réalisé par la FCSII dans le but de fournir de l'information sur un sujet particulier out des sujets. Les opinions exprimées dans cet ouvrage sont uniquement celles des personnes citées et ne représentent pas nécessairement les politiques ou les opinions de la FCSII ou de ses organisations membres.

Gestionnaire de projet : Linda Silas

Comité consultatif : Vicki McKenna (AIIO), Paul Curry (SIINE), Beverly Balaski (SIIS), Judith Grossman (IIUA), Carol Reichert (FCSII)

Équipe du projet : Oxana Genina, Arlene Wortsman

Traduction : Carole Aspiros

Première édition, juin 2014

ISBN: 978-0-9868382-4-8

Imprimé et relié au Canada par Imprimerie Plantagenet Printing

Table des matières

Message de la FCSII : Linda Silas	v
Préface	x
Résumé	xiii
Recommandations	xviii
Introduction	1
Stratégies de recherche documentaire	4
Soins infirmiers et restructuration de la main-d'œuvre du secteur de la santé	6
La profession infirmière au Canada	8
Modèles de prestation de soins et de pratique axée sur la collaboration	16
Le phénomène qualité-sécurité : Organisations à haute fiabilité	23
« Like for like »	27
Exemples de restructuration de la main-d'œuvre : Exemples de restructuration des soins infirmiers	30
Un regard commun sur les soins sûrs et de qualité, axés sur le patient	51
Considérations juridiques	53
En guise de conclusion et recommandations	62
Références	66

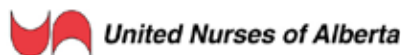
La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII)

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) représente près de 200 000 infirmières, infirmiers, étudiants et étudiantes en sciences infirmières. Nos membres travaillent dans des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée, le secteur des soins communautaires et des soins à domicile. La FCSII s'adresse à tous les paliers de gouvernement, aux autres intervenants du secteur de la santé et au public, et leur communique des options politiques fondées sur les données probantes et permettant d'améliorer les soins aux patients, les conditions de travail et le système public de soins de santé.



Newfoundland & Labrador
Nurses' Union

pei nurses





Message de la FCSII

Linda Silas

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Au cours des dernières années, il est devenu courant, au sein des gouvernements et des régies de la santé, de parler de soins axés sur le patient et dispensés en collaboration. Toutefois, cela ne peut se faire de façon isolée. Un des plus importants facteurs ayant un impact fondamental sur la sécurité des patients et le travail d'équipe en collaboration est la structure de la main-d'œuvre, plus particulièrement comment les infirmières – le plus grand groupe de professionnels de la santé – dispensent les soins à leurs patients. Récemment, au Canada et dans le monde entier, une restructuration de la main-d'œuvre – motivée par les resserrements budgétaires – s'est amorcée. Dans plusieurs cas, cette restructuration ne tient pas compte des répercussions sur les patients.

Entre-temps, les employeurs et les gouvernements continuent de vanter les mérites du concept des soins axés sur le patient, sans pour autant donner une impulsion vigoureuse pour inciter les établissements à agir.

C'est donc à nous, infirmières, de porter le fardeau d'agir. Conformément à notre *Code de déontologie*, nous devons nous porter à la défense des patients lorsque nous jugeons que leur santé est compromise « par des facteurs hors de leur contrôle, y compris par des décisions prises par les autres » Les infirmières doivent « remettre en question et contrer les pratiques ou les conditions qui, n'étant pas favorables à la sécurité, à la compassion, à l'éthique ou à la compétence, nuisent à leur capacité de dispenser des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique. » On encourage aussi les infirmières à signaler les situations préoccupantes. (*Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, AIIIC, 2008).

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) collaborent activement avec Agrément Canada et l'Institut canadien pour la sécurité des patients, pour promouvoir la qualité et la sécurité des soins. Ensemble, nous avons élaboré un document fondé sur des tables rondes réunissant des patients et leur famille, des dirigeants du secteur infirmier, des infirmières dispensant des soins directs, des représentants syndicaux, et des chercheurs. Nous avons conclu que la structure de la main-d'œuvre infirmière, à tous les paliers, doit se fonder sur les données probantes et sur quatre priorités : 1) autonomisation des patients et du public grâce à l'éducation et à des soutiens qui favorisent la qualité et la sécurité; 2) soutien aux infirmières et aux étudiants en sciences infirmières; 3) pratiques de dotation fondées sur les données probantes; et 4) leadership infirmier solide.

En qualité d'infirmières, nous ne pouvons plus rester sans rien faire devant une structure irresponsable de la main-d'œuvre. Nous devons agir dès maintenant pour protéger nos patients. Si nous, les infirmières, ne défendons pas notre territoire, qui le fera? Soyons clair, « notre territoire » ce sont les soins aux patients, et il s'agit de la qualité et de la sécurité des soins! Nous devons agir collectivement pour renverser cette tendance

dangereuse. C'est à nous de nous faire entendre afin que le public, les gouvernements, les régies de la santé, et nos collègues comprennent ce qui est en jeu.

Comment savoir qu'une restructuration de la main-d'œuvre est en cours? Les changements aux niveaux de dotation et à la composition du personnel sont les premiers signes. Pour les infirmières, cela se traduit souvent en lourdes charges de travail, en nombre excessif d'heures supplémentaires, et en augmentation des blessures et des maladies. En 2012, les infirmières du secteur public ont fait plus de 21 millions d'heures supplémentaires, rémunérées et non rémunérées. Près de 19 000 infirmières étaient absentes du travail à chaque semaine en raison de maladie ou blessure. Cette situation est insoutenable à long terme, particulièrement si l'on tient compte de l'augmentation du nombre d'infirmières approchant l'âge de la retraite. Les infirmières autorisées (IA) représentent la majorité de la main-d'œuvre infirmière, et plus de 25% d'entre elles ont 55 ans et plus. Entre-temps, plus de 10 000 étudiantes en sciences infirmières obtiennent leur diplôme à chaque année, mais plusieurs sont sans emploi. En 2011-2012, un peu plus de 1 000 IA se sont jointes à la main-d'œuvre. Il n'y a aucune projection publiée sur la main-d'œuvre pour la plupart des régions du pays.

Nous nous dirigeons à l'aveuglette vers l'avenir, et nous pourrions, par mégarde, recréer la crise des années 1990 dans le secteur de la santé. C'est pourquoi, avant d'avoir des projections claires et fondées sur les données probantes, les syndicats infirmiers du Canada demandent aux gouvernements d'imposer un moratoire sur toute restructuration de la main-d'œuvre qui réduit les postes infirmiers équivalents temps plein. Il faut aussi offrir des emplois permanents aux nouvelles diplômées afin de maintenir en poste les diplômées de l'an dernier, et il faut adopter la même stratégie pour celles de cette année.

Pour les patients, une restructuration irresponsable de la main-d'œuvre signifie la détérioration de la qualité des soins. Selon une étude récente menée dans des hôpitaux européens, un seul patient ajouté à la charge de travail de l'infirmière fait augmenter la probabilité de décès chez les patients hospitalisés. La même étude indique que le niveau d'études des infirmières a un impact direct sur la sécurité des patients.

Les données sont claires. Les patients malades ont besoin d'infirmières éduquées et qualifiées. En qualité d'infirmières, nous ne pouvons plus nous permettre d'être complaisantes si nous voulons assurer la sécurité des patients et l'intégrité du système de soins de santé. Lorsque nous parlons d'affecter le fournisseur de soins approprié, nous défendons collectivement la qualité et la sécurité des soins dispensés. Comme le souligne ce rapport, les soins de santé sont une industrie à haute fiabilité, similaire à l'industrie aéronautique. Personne n'oserait suggérer de remplacer un pilote par un agent de bord ou autre membre de l'équipage. De façon similaire, les infirmières devraient seulement être remplacées par des infirmières ayant les mêmes compétences.

À partir d'une série d'enquêtes sur l'augmentation des taux de mortalité au sein du National Health Service du Royaume-Uni, le Canada peut tirer des leçons sur les dangers d'une restructuration de la main-d'œuvre qui ne met pas le patient à l'avant-plan. Au R.-U., la restructuration de la main-d'œuvre s'est faite en réduisant les niveaux de dotation infirmière et en remplaçant les infirmières par des fournisseurs de soins non réglementés. Résultat : soins inférieurs aux normes et taux élevé de mortalité chez les patients. Ce document énumère les recommandations des rapports Francis. À l'échelle internationale, les infirmières ont maintenant haussé leur voix collective pour revendiquer la sécurité des soins aux patients.

Nous devons, pour tous les Canadiens, les patients et leur famille, mettre en œuvre les recommandations de *Valoriser la sécurité des patients : Structure responsable de la main-d'œuvre*. Ce document stresse le fait que les « soins axés sur le patient » signifient que le patient doit être au cœur de toute prise de décision, particulièrement les décisions relatives à la restructuration de la main-d'œuvre.

Je tiens à remercier Maura MacPhee, Ph. D., professeur à l'École des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) pour avoir rédigé ce rapport, ainsi que le comité de révision de la FCSII, composé de Beverly Balaski (SIIS), Judith Grossman (IIUA), Paul Curry (SIINÉ), Vicki McKenna (AIIO) et Carol Reichert (FCSII), pour leur importante contribution. Ce rapport ajoute aux études et données disponibles sur la structure responsable (et irresponsable) de la main-

d'œuvre, et les répercussions sur la qualité et la sécurité des soins. Toutefois, en qualité d'infirmières et de syndicats infirmiers, ne perdons pas de vue qu'il faut faire davantage. Nous ne pouvons pas nous diriger à l'aveuglette vers l'avenir et répéter la crise des années 1990 dans le secteur de la santé en raison de notre défaut d'agir.

Il faut se l'avouer, ne pas agir signifie de pas respecter notre propre *Code de déontologie*. Employés du secteur de la santé, infirmières gestionnaires et surveillantes, et infirmières dispensant des soins directs : le temps est peut-être venu de repenser aux raisons pour lesquelles nous sommes devenues infirmières et pourquoi la qualité des soins est notre principale priorité, qu'importe le secteur dans lequel nous travaillons.

Toujours solidaire,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Linda', with a long horizontal stroke extending to the left.

Linda

Valoriser la sécurité des patients

Structure responsable de la main-d'œuvre

Préface

Maura MacPhee, IA, Ph. D.



Ce document parle de valoriser la sécurité des patients à une époque où les resserrements budgétaires, tout particulièrement, remettent en question la façon dont les systèmes de soins de santé dispensent des soins axés sur la qualité et la sécurité. Il y a beaucoup de restructuration de la main-d'œuvre qui se fait au Canada et dans d'autres pays du monde. La restructuration de la main-d'œuvre détermine comment les infirmières vont dispenser les soins. Les changements à la composition du personnel et aux niveaux de dotation sont les deux exemples les plus communs de restructuration de la prestation des soins de santé. Nous savons qu'il y a des problèmes lorsque les infirmières commencent à discuter la charge de travail excessive; lorsque les infirmières ne peuvent pas compléter leurs

tâches; lorsque les nouvelles infirmières ne peuvent pas obtenir des postes réguliers leur permettant de perfectionner leurs compétences; lorsque les blessures et les maladies augmentent chez les infirmières; lorsque la satisfaction des patients diminue et qu'ils font l'objet de soins de piètre qualité compromettant leur santé.

Il faut regarder autour de soi pour voir si c'est le cas. Nous, infirmières, devons prendre la parole et agir pour renverser les tendances dangereuses dans la façon de dispenser les soins. Nous devons faire savoir au public, au gouvernement, aux administrateurs du secteur de la santé et à nos collègues combien nous accordons de l'importance à la sécurité des patients.

Le rapport récent et très médiatisé de Francis, ciblant le National Health Service (NHS) Angleterre, met en relief le tort fait aux patients en raison d'une restructuration de la main-d'œuvre non réfléchie. Ainsi, la réduction de la dotation infirmière, motivée par des préoccupations financières, a mené à des blessures, de la négligence et des décès ayant pu être évités.

J'ai été horrifiée par ce qui s'est passé en Angleterre. Je m'inquiète et j'ai peur car notre complaisance par rapport à la restructuration continue de la main-d'œuvre au Canada pourrait nous faire subir le même sort que celui du NHS Angleterre. Je ne crois pas que les infirmières puissent attendre après les autres, notamment le gouvernement et administrateurs du secteur de la santé, pour dénoncer les restructurations de la main-d'œuvre non réfléchies et posant des risques.

Nous devons unir nos voix et réagir à ceux qui veulent contrôler notre pratique. Je vois cela plus particulièrement dans le brouillage, au sein des provinces et des territoires, des distinctions quant au rôle et au champ de pratique. Notre champ de pratique définit ce que nous pouvons légalement faire, et chaque classification d'infirmières (infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, infirmières psychiatriques autorisées, infirmières praticiennes) devrait comprendre des distinctions établies par la loi. Ainsi, nous pourrions mieux déterminer comment chacune peut contribuer de façon optimale à la prestation des soins.

Dans la littérature, la restructuration de la prestation des soins s'accompagne fréquemment des expressions suivantes : pratique en « collaboration » et travail d'équipe. La collaboration est difficile lorsque les membres de l'équipe ne connaissent ou ne comprennent pas les champs de pratique des autres membres. La confusion et le manque de compréhension donnent lieu à la méfiance, à la tension et à l'échec de la communication. Je suis une passionnée des soins infirmiers et je suis fière d'appartenir à la discipline des soins infirmiers. Dans le dictionnaire, une simple définition d'une discipline est « domaine d'activité, de connaissance ou d'influence ».

Lorsque vous lirez ce document et les orientations recommandées, pensez à comment les données et les orientations politiques, énoncées dans ce document, vont nous aider à faire reconnaître cette *activité* importante, nos *connaissances* et notre *influence*. Si nous voulons valoriser la sécurité des patients, nous devons commencer à mettre en valeur les soins infirmiers en tant que discipline.



Myra, IA (SIIN)

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Résumé

Il y a plus d'une décennie, à la suite d'une commande de la part d'un groupe de travail du gouvernement de l'Ontario, des chercheurs en soins infirmiers ont analysé les besoins de la population en matière de soins de santé, et fait des recommandations, fondées sur les données probantes, pour assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés. Le rapport de recherche met l'accent sur les pénuries imminentes de personnel infirmier pouvant prendre soin de la population canadienne, une population qui a de plus en plus besoin de soins complexes. Les orientations recommandées comprennent plusieurs stratégies pour remédier à la pénurie criante de personnel infirmier. Ils soulignent, plus particulièrement, l'importance d'une structure réfléchie du milieu de travail et de la main-d'œuvre.

Ce document est une réévaluation de la situation actuelle. Les conditions de travail des infirmières, se sont-elles améliorées? La main-d'œuvre infirmière, reçoit-elle du soutien? L'affectation des infirmières, se fait-elle adéquatement pour répondre aux besoins des patients?

Il ne fait aucun doute que les milieux de travail font une différence. De nombreuses études sur les soins infirmiers précisent les composantes nécessaires à un milieu de travail sain : excellent leadership infirmier, dotation adéquate, communications efficaces, relations de travail axées sur la collaboration, soutiens organisationnels (par exemple, développement professionnel et formation continue), et contrôle de l'infirmière sur l'exercice de sa profession.

La structure de la main-d'œuvre fait référence à la prestation des soins infirmiers. Plusieurs changements à la prestation des soins, ainsi que des initiatives de restructuration de la main-d'œuvre, ont été mis en œuvre ou sont en cours au Canada. La restructuration au sein de systèmes de soins de santé complexes doit se faire après mûre réflexion car un seul petit changement peut provoquer une réaction en chaîne et un effet de cascade. Ce document fournit des exemples de restructuration de la main-d'œuvre venant du Canada, d'autres pays du Commonwealth, des États-Unis et de l'Europe.

Un des exemples les plus médiatisés de restructuration dangereuse de la main-d'œuvre est celui du National Health Service (NHS) Angleterre, le système public de soins de santé du Royaume-Uni. Les niveaux de dotation infirmière ont été drastiquement réduits, et les infirmières ont été remplacées par des fournisseurs de soins non réglementés. Malgré les rapports continus de soins de normes inférieures et de taux élevés de mortalité, les administrateurs d'un Trust du NHS, le Mid-Staffordshire Trust, ont fait la sourde oreille. Il a fallu une enquête publique pour obtenir des changements.

Ce document met aussi en relief la restructuration responsable de la main-d'œuvre qui valorise la sécurité des patients. Cela comprend principalement la planification à l'échelle des systèmes (pour éviter les réactions en chaîne), l'engagement des principaux intervenants (y compris

les infirmières, les patients et leur famille), et l'utilisation des données (afin de suivre de près les résultats).

La restructuration se fait à plusieurs paliers, souvent sous l'impulsion de décisions administratives des cadres dirigeants. Or, les décisions prises à un haut niveau hiérarchique ont un impact sur ce qui se passe au chevet du patient. Que doivent faire les infirmières qui dispensent des soins directs pour assurer la qualité et la sécurité de ces soins?

Le patient doit être à l'avant-plan. C'est cela que nous voulons dire lorsque nous parlons de soins axés sur le patient. Si nous voulons déterminer les besoins des patients en fonction de facteurs tels l'acuité, la stabilité et la complexité, il faut utiliser des outils en temps réel pour déterminer les besoins prioritaires des patients en matière de soins. Une fois les besoins des patients déterminés, les infirmières et leurs gestionnaires doivent affecter le personnel infirmier en s'assurant de jumeler les besoins du patient aux compétences de l'infirmière. Ce document fournit des exemples d'outils, qui ont connu du succès, et qui ont été utilisés pour faciliter la prise de décisions relatives à la dotation en temps réel, dont le modèle Synergy servant à déterminer les caractéristiques des patients, et mis à l'essai dans le cadre de projets pilotes menés en Colombie-Britannique et en Saskatchewan.

Compétences infirmières signifient connaissances, habiletés, attitudes et jugement professionnel. Pour acquérir ces compétences, la future infirmière doit suivre un programme de formation accrédité et approuvé. Le niveau d'études devrait être reflété dans le champ de pratique des infirmières, et des distinctions claires devraient être établies pour chaque catégorie d'infirmières. Les différents établissements de soins de santé devraient aussi s'appuyer sur les champs de pratique pour élaborer les descriptions d'emploi ainsi que les rôles et les responsabilités du personnel infirmier. La clarté du champ de pratique, et des rôles, favorise la collaboration au sein des équipes.

Un autre problème lié à la main-d'œuvre infirmière est celui des stratégies de remplacement. En Australie, l'expression *like for like* a été adoptée dans le cadre de la convention collective des infirmières de l'État de New

South Wales, dans le but d'éviter de remplacer des IA par des non IA lors d'absences non prévues, par exemple, lorsqu'une personne se porte malade de façon imprévue. Lorsque cela survient, l'IA doit être remplacée par une IA. Si c'est impossible, et que le remplacement doit se faire par une infirmière d'une autre classification, l'infirmière gestionnaire doit alors considérer comment ce remplacement, par une non IA, va influencer la charge de travail et la sécurité des patients : l'obligation de rendre compte par rapport à la sécurité de la dotation est une exigence. Au Canada, le remplacement par une personne de même compétence (*like for like*) commence à faire partie du libellé de conventions collectives, notamment celle de la Colombie-Britannique. Cette politique de remplacement est similaire à la politique et à la législation régissant le remplacement des pilotes dans l'industrie aéronautique. Le secteur de l'aéronautique et des soins de santé sont des secteurs à haute fiabilité. Ainsi, les organisations de santé à haute fiabilité doivent offrir des services très fiables, stables et efficaces afin de prévenir tout effet nuisible. Les organisations à haute fiabilité ont des mécanismes de vérification de la qualité et de la sécurité leur permettant de réduire les erreurs humaines. Dans l'industrie aéronautique, grâce aux politiques rigoureuses de remplacement des pilotes, le bon pilote se retrouve dans le bon aéronef au bon moment. Le libellé de remplacement par une personne ayant les mêmes compétences (*like for like*) permettra de mettre en place des mécanismes similaires de contrôle de la qualité et de la sécurité dans le secteur des soins infirmiers.

Dans plusieurs pays du monde, les conventions collectives, les politiques relatives aux soins infirmiers et la législation connexe illustrent bien comment les infirmières accordent de l'importance à la sécurité des patients. Les changements les plus marqués par rapport à la sécurité nous viennent du NHS Angleterre, et de la restructuration de la main-d'œuvre qui s'est amorcée à la suite de l'enquête publique Mid-Staffordshire. Le NHS Angleterre a récemment commencé à réinvestir dans les IA après avoir éliminé leurs postes pendant plusieurs années. Les hôpitaux du NHS doivent maintenant maintenir des niveaux de dotation fondés sur les données probantes, et soumettre des rapports, destinés au public, sur les niveaux de dotation.

Ce document peut vous sembler une répétition de la même rengaine. En 2012, Berry et Curry ont rédigé un document pour la FCSII sur les données

(et les orientations recommandées) liées à la charge de travail du personnel infirmier et aux soins aux patients. Il y a un lien très étroit entre les niveaux sécuritaires de dotation infirmière, les charges de travail du personnel infirmier, les milieux de travail saine et la structure ou restructuration de la main-d'œuvre. Ensemble, le document de Berry et Curry, ce document-ci, et plusieurs autres rapports sur les soins infirmiers, ces documents devraient être un signal d'alarme pour inciter à utiliser les données de façon à réellement favoriser la sécurité des patients.



Samantha, IA (IIUA)

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Recommandations



Lori, infirmière psychiatrique autorisée
(SIIM)

1. Les outils d'évaluation des besoins des patients (par exemple, le modèle Synergy) doivent être utilisés pour déterminer les besoins des patients en se basant sur les données probantes, et pour favoriser la collaboration entre les infirmières et les infirmières gestionnaires lors de la prise de décisions relatives à la dotation, en temps réel, et d'un quart de travail à l'autre.
2. Les organisations de santé et leurs cadres dirigeants doivent déployer des efforts pour créer des milieux de travail de type aimant (Magnet) et, ainsi, favoriser la meilleure prestation possible de soins

sûrs et de qualité. Les milieux de type aimant sont reconnus pour leur leadership infirmier efficace à tous les paliers de l'organisation (premières lignes, cadres intermédiaires, cadres supérieurs), le travail d'équipe axé sur la collaboration, la pertinence de la dotation, l'efficacité de la communication, et le contrôle pouvant être exercé par l'infirmière sur sa pratique (autonomie clinique, gouvernance partagée).

3. Lorsque les besoins des patients ont été déterminés, les besoins en matière de soins doivent être déterminés en se basant sur le niveau de scolarité, les qualifications et les compétences des infirmières. Les champs de pratique des infirmières devraient faire une distinction claire entre le niveau de scolarité, les connaissances de base et les compétences des trois groupes d'infirmières réglementées
4. Une fois les qualifications et les compétences de l'infirmière jumelées aux besoins particuliers des patients, les infirmières devraient seulement être remplacées par des infirmières ayant le même niveau d'études, les mêmes qualifications et compétences. La politique de remplacement par une personne d'égale compétence et qualifications (like for like) assure le remplacement des IA par des IA, le remplacement des IAA par des IAA, et le remplacement des infirmières psychiatriques autorisées par des infirmières psychiatriques autorisées.
5. La formation sous-jacente au champ de pratique des infirmières doit se faire dans le cadre de programmes approuvés, offerts dans des établissements accrédités.
6. Le remplacement d'une infirmière par une infirmière qui n'a pas les mêmes compétences devrait rarement se faire (par exemple, lors d'un nombre inhabituel d'infirmières téléphonant pour dire qu'elles sont malades). Remplacer les fournisseurs de soins par des fournisseurs d'une classification différente (une IAA remplaçant une IA) ne devrait pas être la solution typique pour assurer la dotation adéquate. Si cela survient, l'infirmière responsable devrait

alors documenter les faits à l'appui de cette décision et fournir des preuves selon lesquelles la sécurité des patients n'est pas compromise.

7. La clarté du champ de pratique permet d'éviter la confusion des rôles, la fragmentation des soins et une mauvaise utilisation du personnel infirmier. Les organismes de réglementation, les syndicats et les personnes chargées des programmes de formation en sciences infirmières devraient collaborer pour assurer la clarté des champs de pratique.
8. La clarté du champ de pratique et des rôles doit être reflétée dans les politiques de l'employeur et les descriptions d'emploi. Ces documents doivent préciser les distinctions, en matière de réglementation et de formation, entre les IA, les IAA et les infirmières psychiatriques autorisées, ainsi que les distinctions entre les fournisseurs de soins réglementés et non réglementés.
9. Les patients et leur famille doivent être présents, avoir du pouvoir, et participer aux initiatives visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité, à tous les paliers du système de soins de santé.
10. Les données normalisées sur les événements indésirables liés aux soins infirmiers (par exemple, indicateurs des facteurs liés aux soins infirmiers, notamment structure des soins, processus de soins, résultats des soins) doivent être recueillies et signalées, et il faut agir en temps opportun s'il y a lieu. Ces données devraient être transparentes et d'accès public.
11. Les données sur la prestation des soins, notamment les niveaux de dotation et la composition du personnel, doivent être d'accès public afin d'assurer la transparence et la responsabilisation de l'organisation. Les données sur les événements indésirables liés aux soins infirmiers au sein des unités doivent être comparées aux données sur la prestation des soins.

- 12. Il faut, à tous les paliers de l'organisation, des examens officiels réguliers des données administratives (par exemple, heures supplémentaires, absentéisme, postes vacants, niveaux de dotation) et des données sur les événements indésirables liés aux soins infirmiers. Les gestionnaires infirmiers de tous les paliers doivent participer à ces examens et avoir l'autorité d'adapter la prestation des soins afin d'assurer des soins sûrs et de qualité, axés sur le patient.**

- 13. Le processus d'examen des formulaires de responsabilité professionnelle et des rapports d'incidents doit être amorcé dans un délai fixé, et les recommandations doivent aussi être mises en œuvre dans un délai fixé.**

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Introduction

Charity, IA (AIO)



Dans le secteur de la santé, les pénuries croissantes de main-d'œuvre, les budgets sensibles aux coûts, ainsi que les préoccupations liées à la qualité et à la sécurité, ont donné lieu à plusieurs initiatives de restructuration de la main-d'œuvre. Le personnel infirmier représente la plus grande proportion de la main-d'œuvre du secteur de la santé, et plusieurs initiatives ont mis l'accent sur la restructuration de la prestation des soins ou sur les nouvelles façons de dispenser les soins (Kimball et al., 2007).

- 1 Le mot *infirmière* est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte. L'expression *infirmière autorisée* englobe le titre *infirmière immatriculée* utilisé au Nouveau-Brunswick.

Le but de ce document est de fournir des exemples de restructuration de la main-d'œuvre en santé en mettant plus particulièrement l'accent sur la prestation des soins. Les exemples de restructuration viendront du Canada, d'autres pays du Commonwealth, de l'Union européenne et des États-Unis. Des orientations, fondées sur les données probantes, sont recommandées aux fins d'examen minutieux. Ces recommandations offrent des stratégies visant à optimiser l'utilisation actuelle et future de la main-d'œuvre infirmière canadienne. Elles comprennent aussi des stratégies en matière de prestation de soins sûrs et de qualité, axés sur le patient.

Ce document est le résultat d'un examen ciblé de la recherche jugée par les pairs, et de la littérature grise portant sur la restructuration de la main-d'œuvre du secteur de la santé. Un choix, raisonné de représentants de syndicats infirmiers et d'organismes de règlementation de la profession infirmière du Canada, de l'Australie et du Royaume-Uni, a été fait afin d'avoir des mises à jour sur les initiatives de restructuration en cours dans leur pays respectif.

Dans le secteur de la santé, la restructuration de la main-d'œuvre est étroitement liée à de nombreuses études et documents portant sur la pratique ou les politiques en matière de dotation axée sur la sécurité, la gestion efficace de la charge de travail du personnel infirmier, les milieux de travail sains, et la formation et les compétences du personnel infirmier. Parmi les documents importants, mentionnons : *Un appel à l'action infirmière : la santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé* (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2013); *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients* (Berry et Curry, 2012); *Données probantes pour éclairer le processus décisionnel de la composition du personnel : recherche documentaire thématique* (Harris et McGillis Hall, 2012); *La fatigue des infirmières et la sécurité des patients* (AIIC et AIIAO, 2010); *À notre portée : une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain* (Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité, 2007); *Allier dotation et sécurité : synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient* (Ellis et al., 2006); *L'enseignement des soins infirmiers au Canada : historique et capacité actuelle* (Pringle et al., 2004); *Notre santé, notre*

avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002); *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système* (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001); *Safe staffing: statement of principles* (Conseil international des infirmières, 2013); *Global Nurses United of Nurse, Healthcare Worker Unions, Born* (communiqué de presse des Global Nurses United, 2013).



Marcia, IA (AIIIO)

Stratégies de recherche documentaire

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Une bibliothécaire responsable des documents sur les services de santé à l'Université de la Colombie-Britannique nous a aidés à faire la recherche documentaire. Nous avons d'abord consulté la base de données DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects) fournie par le Centre for Reviews and Dissemination du NHS NIHR à University of York, afin de déterminer les revues systématiques (y compris la revue systématique Cochrane). Nous avons poursuivi la recherche en ciblant trois domaines : a) publications sur la santé (CINAHL, PubMed/Medline); b) documents portant sur les affaires (Business Source Complete; ABI/Inform (Abstracted Business Information)); et c) documents portant sur la sociologie (Sociological Abstracts). Nous avons écumé les bases de données des

documents portant sur la sociologie et les affaires pour y trouver les études ciblant le personnel infirmier. Notre recherche documentaire s'est aussi appuyée sur la Canadian Health Research Collection et sur Google Advanced. Nous avons aussi utilisé la recherche de références, ainsi que les techniques de citation Web of Science. Notre recherche a mis l'accent sur les études récentes (2006 à 2013), publiées en anglais, et venant de l'Amérique du Nord, de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni. La base de données du projet, utilisant RefWorks, comprend 354 citations. Elles ont été révisées par la bibliothécaire, et environ 130 citations ont été envoyées au chercheur.

Lors de notre recherche de documents portant sur la santé, nous avons utilisé des permutation aux titres et mots clés suivants : « prestation des soins », « composition du personnel infirmier », « composition du personnel », « ratio infirmière-patients », « personnel infirmier », « hôpital, dotation en personnel et horaires », « soins infirmiers en équipe », « modèles de dotation », « résultats », « évaluation des résultats », « sécurité des patients ». Nous avons utilisé, au besoin, les sous-titres suivants dans CINAHL, et en guise de filtre : « évaluation », « normes », « statistiques et données numériques », et « législation ». Google Advance a établi des restrictions par rapport au nom de domaines : a) mots clés à partir de la littérature sur la santé; et b) l'expression « restructuration de la main-d'œuvre ». Un processus similaire a été utilisé pour examiner le champ d'activité des infirmières autorisées (IA), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et des infirmières psychiatriques autorisées canadiennes, par province et territoire.

Remarque : la grande majorité des données de la recherche viennent d'établissements de soins actifs. Toutefois, on porte de plus en plus attention à la restructuration de la main-d'œuvre dans les établissements de soins de longue durée et le secteur des soins primaires. La plupart des exemples viennent d'IA, d'IAA et d'infirmières psychiatriques autorisées. Précisons toutefois qu'il y a moins d'articles portant sur ces dernières.

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Soins infirmiers et restructuration de la main-d'œuvre du secteur de la santé



Ricardo, IA (SIINE)

Les changements à la prestation des soins doivent être examinés à partir d'une perspective élargie des systèmes (Dubois et Singh, 2009). En raison de la complexité des systèmes actuels de soins de santé, la restructuration de la main-d'œuvre requiert une réflexion à l'échelle des systèmes, l'engagement des différents intervenants, et une bonne utilisation des données, si nous voulons optimiser la planification de la main-d'œuvre et apporter des changements durables et rentables (Tomblin Murphy et MacKenzie, 2013). Au Canada, comme dans plusieurs autres pays, la restructuration de la main-d'œuvre est généralement basée sur les niveaux historiques de prestation de services ou sur les facteurs politiques (Tomblin

Murphy et MacKenzie, 2013). Lorsque la restructuration n'est pas planifiée, mise en œuvre et évaluée après mûre réflexion, et en fonction des besoins de la population et des patients, les inégalités et les inefficacités souvent persistent (Birch et al., 2007; Evans, 2009).

Au Canada, la restructuration de la main-d'œuvre n'est pas chose nouvelle. Il y a plus d'une décennie, le ministre de la Santé de l'Ontario et le Groupe de travail chargé des soins infirmiers dans les établissements de soins de longue durée ont demandé à des chercheurs en soins infirmiers de faire une analyse des besoins de la population et de faire des recommandations, fondées sur les données probantes, en matière de restructuration de la main-d'œuvre infirmière (O'Brien-Pallas et Baumann, 2000). Leur analyse était assortie d'un examen minutieux de l'approvisionnement et de la demande en personnel infirmier. À cette époque, on prévoyait une pénurie importante de personnel infirmier pouvant répondre aux besoins d'une population vieillissante dont l'acuité et la complexité des besoins étaient à la hausse. Les médias parlaient aussi de milieu de travail dangereux en raison de la lourde charge de travail et du nombre insuffisant d'infirmières. Les recommandations en matière de restructuration de la main-d'œuvre mettaient l'accent sur les mesures pour recruter et maintenir en poste un plus grand nombre d'infirmières. Le groupe de travail a aussi fait des recommandations en matière d'investissements financiers ciblant un plus grand nombre de postes infirmiers à temps plein, des milieux de travail sains, la formation du personnel infirmier, et des systèmes de gestion des données permettant de mieux connaître les besoins de la population et le nombre d'infirmières (O'Brien-Pallas et Baumann, 2000). Les études portant sur la charge de travail du personnel infirmier au Canada, ainsi que des rapports récents venant de représentants syndicaux, nous indiquent que personne n'a tenu compte de ces recommandations fondées sur les données probantes (Berry et Curry, 2012).

Où en sommes-nous par rapport à la restructuration de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé? Nous allons examiner cette question plus en profondeur dans les pages qui suivent.



Lisa, IA (SIITNL)

La profession infirmière au Canada

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Au Canada, au sein de la profession infirmière, nous trouvons quatre catégories d'infirmières réglementées : infirmières autorisées (IA), infirmières auxiliaires autorisées (IAA), infirmières psychiatriques autorisées, et infirmières praticiennes (IP); ces dernières sont des infirmières en pratique avancée, qui sont aussi des infirmières autorisées. Ce document mettra l'accent sur les trois premières catégories d'infirmières réglementées.

Les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux des IA, des IAA et des infirmières psychiatriques autorisées protègent le public en s'assurant que leurs membres ont les compétences nécessaires pour exercer leur profession. Chaque catégorie d'infirmières doit répondre aux normes professionnelles de base et aux exigences en matière de compétences de leur organisme respectif de réglementation. Les compétences varient selon la formation et les connaissances. Les compétences infirmières sont les connaissances, les aptitudes, les attitudes et les jugements professionnels nécessaires pour dispenser des soins de qualité et de façon sécuritaire (Black et al., 2008; AIIC, 2007).

Les différentes infirmières réglementées reçoivent leur formation dans le cadre de programmes approuvés de sciences infirmières, répondant aux normes d'éducation établie par l'organisme de réglementation provincial ou territorial. En raison de ces normes, les finissants pourront réussir avec succès les examens pour l'obtention de leur permis, et commencer à exercer leur profession de façon compétente, sécuritaire et conforme à l'éthique (Pringle et al., 2004).

En raison de la complexité du système actuel de soins de santé, la majorité des provinces et des territoires exigent un baccalauréat pour les IA et les infirmières psychiatriques autorisées avant qu'elles ne puissent exercer leur profession (AIIC, 2014). Les infirmières auxiliaires autorisées reçoivent leur formation théorique et pratique dans le cadre de programmes, d'un ou deux ans, offerts par des collèges communautaires (Santé Canada, 2006).

Les programmes respectifs de formation des IA, des IAA et des infirmières psychiatriques autorisées s'inspirent du même bassin de connaissances en soins infirmiers. Par exemple, toutes les infirmières comprennent le processus de soins : évaluation du patient, planification, mise en œuvre et évaluation. La différence vient de la profondeur et de l'étendue des connaissances de base. Par exemple, les décisions prises de façon autonome lorsqu'il y a changement à l'état du patient seront différentes selon le niveau de formation de l'infirmière. La prise de décisions est un processus complexe dont dépendent la qualité et la sécurité des soins dispensés. Selon les études, la prise de décision est influencée par la formation reçue. Un plus haut niveau de scolarité est associé à la pensée

critique nécessaire à la prise de décision indépendante par rapport aux soins aux patients, particulièrement dans les situations graves, par exemple, les patients présentant une affection aiguë (Boblin et al, 2008; Tanner, 2006).

Chaque organisme de réglementation des infirmières établit son propre champ de pratique qui détermine les activités pour lesquelles leurs membres autorisés ont reçu la formation nécessaires au moment de commencer leur pratique (Oelke et al., 2008). Les champs de pratique et les compétences sont liés aux programmes de formation approuvés de chaque province et territoire. Afin d'exercer leur profession de façon sécuritaire, les infirmières de chaque groupe réglementé doivent connaître leur champ de pratique et celui des autres groupes d'infirmières avec qui elles travaillent (Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008; White et al., 2008). Le niveau d'études varie entre les trois groupes réglementés : les programmes de formation varient entre les provinces et les territoires, ce qui engendre de la confusion quant au champ de pratique (voir encadré ci-dessous pour les définitions et les exemples de formation).

Selon une étude menée au Canada, il y a un manque important de collaboration et de communication lors de l'élaboration des programmes de formation des trois groupes réglementés. Les auteurs soulignent l'importance de créer des conseils, formés de représentants des trois groupes d'infirmières, dans le but d'améliorer la formation intra-professionnelle, augmenter les occasions de formation, et mettre en valeur la pratique axée sur la collaboration dans tout le Canada (Pringle et al., 2004). Tel que cité dans un manuel de sciences infirmières (Gaudine et Lamb, 2014, p. 235) : « En qualité d'infirmière autorisée, vous pourriez passer d'une province à l'autre et rencontrer des organismes de réglementation qui sont nouveaux pour vous. Par exemple, si c'est la première fois que vous travaillez dans une province de l'Ouest, vous pourriez travailler avec des infirmières psychiatriques autorisées pour la première fois dans votre carrière. » [Traduction].

L'encadré ci-dessous comprend des définitions et des exemples de la formation des IA, des IAA, et des infirmières psychiatriques autorisées et des IP.

Infirmières autorisées (IA) : les IA constituent le plus grand groupe d'infirmières réglementées au Canada. « Les infirmières sont des professionnelles auto-réglementées de la santé qui travaillent à la fois de façon autonome et en équipe. Elles permettent aux personnes, aux familles, aux groupes, aux communautés et aux populations d'atteindre un niveau optimal de santé. Elles coordonnent les soins de santé, offrent des services directs aux clients et les aident à prendre des décisions et les mesures relatives à l'autogestion de leurs soins en cas de maladie, de blessure et d'invalidité, à chaque étape de la vie. Les infirmières apportent une contribution au système de santé grâce à leur travail dans les domaines des soins directs, de la formation, de l'administration, de la recherche et de l'élaboration de politiques dans une vaste gamme de milieux. » (AIIC, 2007).

Formation des IA : depuis la fin des années 1990, les provinces et les territoires sont passés du diplôme au baccalauréat en sciences infirmières (B. Sc. inf.). Les provinces de l'Atlantique (Île-du-Prince-Édouard, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) ont été les premières provinces à adopter, en 1998, le B. Sc. inf. comme norme d'entrée dans la profession pour les IA. Les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut ont complété la transition en 2010. Le Québec offre encore des programmes menant à un diplôme, mais il appuie l'élaboration d'un programme de baccalauréat en partenariat avec les CEGEP (collèges d'enseignement général et professionnel) et les universités. Le Yukon n'a aucun programme de formation de niveau entrée (AIIC, 2014).

Définition de l'infirmière auxiliaire autorisée (IAA) : les IAA « travaillent de façon indépendante ou en partenariat avec d'autres membres d'une équipe des soins de santé. Les IAA évaluent l'état des clients et travaillent à la promotion de la santé et la prévention des maladies. Elles évaluent, planifient et dispensent les soins à prodiguer aux clients ». (ICIS, 2013).

Formation des IAA : la formation des IAA consiste en un programme d'un ou deux ans menant à un diplôme, et est offert dans un établissement postsecondaire (Santé Canada, 2006). L'Alberta exige deux années de formation postsecondaire. « Cette formation permet aux IAA de participer à tous les volets des soins : soins actifs, soins de longue durée, soins palliatifs, et gestion dans certains établissements, généralement établissements de soins continus. Les IAA peuvent travailler de façon indépendante ou interdépendante, et contribuer au sein des équipes de soins de santé ». (Alberta Canada, 2014) [Traduction]. Au Manitoba, on trouve trois programmes approuvés de deux ans (College of Licensed Practical Nurses of Manitoba, 2011). L'Ontario compte 24 programmes approuvés de formation IAA : généralement, ce programme d'étude est complété en quatre trimestres (Practical Nursing Online, 2014).

Définition de l'infirmière psychiatrique autorisée : les infirmières psychiatriques autorisées constituent le plus grand groupe de professionnels de la santé mentale, et on les retrouve en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Saskatchewan et au Yukon. Ces infirmières « offrent des services aux clients dont les besoins en matière de soins primaires ont trait à la santé mentale et au développement. Leurs responsabilités consistent notamment à planifier, à mettre en œuvre et à évaluer les soins et les programmes selon des techniques d'évaluation propres aux soins infirmiers psychiatriques. » (ICIS, 2013).

Formation des infirmières psychiatriques autorisées : « Les soins infirmiers psychiatriques répondent aux demandes et aux tendances liées à la prestation des soins de santé et à la mise en œuvre de nouveaux modèles de prestation de services, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou communautaires au Canada, y compris les modèles de soins de santé primaires. En raison des soins de plus en plus complexes et de l'augmentation de l'acuité des besoins, il faut que les programmes menant à un diplôme offrent une base théorique plus large et des expériences cliniques d'apprentissage plus nombreuses. » (RPNC, 2008). [Traduction].

Définition de l'infirmière praticienne autorisée (IP) : les IP sont des IA dont la formation et l'expérience sont plus approfondies. Parmi leurs compétences mentionnons : poser des diagnostics, prescrire et

interpréter des tests diagnostiques, émettre des ordonnances de produits pharmaceutiques (AIIIC, 2009). Afin d'offrir un meilleur accès aux services de soins primaires à la population canadienne, le gouvernement a créé, en 2004, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) qui a permis de financer l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens (ICIIP). Cette initiative met à contribution des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux, des représentants d'organismes de réglementation, des éducateurs, des employeurs, et des professionnels de la santé (AIIIC, 2009).

Formation des IP : les IP du secteur des soins primaires s'occupent des familles et leurs membres de tous âges. Elles ont complété des études post-baccalauréat et des programmes de maîtrise offerts au Canada. Il existe trois groupes de IP dans le secteur des soins actifs (soins aux adultes, soins pédiatriques, soins néonataux). Ces IP sont titulaires d'une maîtrise. Tout ce qui touche la formation des IP fait l'objet de discussions annuelles lors du forum des coordonnateurs de programmes de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (Martin-Misener et al., 2010).

Les organisations de santé doivent se conformer aux différents champs de pratique réglementés et planifier la prestation des soins en fonction de leurs populations de patients. Cela signifie jumeler les compétences de l'infirmière aux besoins du patient. Les organisations de santé ne peuvent, légalement, élargir le champ d'activité des infirmières. Toutefois, elles peuvent élaborer des politiques qui limitent ce qu'il est permis de faire au sein de leur organisation (College of Registered Nurses of British Columbia, 2013; Oelke et al., 2008).

Beaucoup de confusion existe autour du champ de pratique des infirmières et au sujet de « qui peut faire quoi ». Malgré les différences par rapport aux connaissances de base et aux compétences des trois groupes réglementés, les infirmières et les autres intervenants décrivent souvent ce que les infirmières font en parlant de leur rôle, fonctions et responsabilités (Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008). Il y a beaucoup de chevauchement par rapport aux tâches, fonctions ou rôle des infirmières (par exemple, les médicaments dispensés par voie orale). En fait, lorsqu'elles pensent à leur rôle et responsabilités en termes de tâches, les IA et les IAA canadiennes

ont souvent de la difficulté à déterminer ce qui est unique et différent par rapport à leur champ de pratique respectif. L'incapacité de clairement faire la différence entre les champs de pratique déterminés par la loi engendre beaucoup d'anxiété chez les infirmières et mène souvent à la sous-utilisation ou surutilisation des différents groupes d'infirmières (Besner et al., 2005; Oelke et al., 2008).

À cette confusion, s'ajoute la présence de fournisseurs de soins non réglementés (par exemple, aides infirmiers, préposés aux services de soutien à la personne). Les organisations de santé, et non pas les organismes de réglementation, déterminent les tâches que peuvent accomplir les fournisseurs non réglementés (Harris et McGillis Hall, 2012). Par conséquent, la confusion, au sein des organisations de santé, est exacerbée par le fait qu'on s'appuie sur les tâches pour faire la différence entre le personnel réglementé et non réglementé.

La confusion quant au champ de pratique ou au rôle compromet la sécurité des soins dispensés (Baker et al., 2008). Une utilisation optimale de la main-d'œuvre infirmière exige de reconnaître que « les soins infirmiers ne sont pas qu'une série de tâches... » (White et al., 2008, p. 53) [Traduction].

Connaissances de base = éducation formelle dans le cadre d'un programme approuvé, provincial ou territorial, en sciences infirmières.

Compétences de l'infirmière = connaissances, attitudes, aptitudes et jugements professionnels liés à la prestation de soins de qualité et de façon sécuritaire.

Champ d'activité ou de pratique = tâches pour lesquelles l'infirmière a reçu la formation pertinente et qu'elle peut accomplir légalement au moment de commencer à exercer sa profession.

Rôle = tâches que l'infirmière peut accomplir au sein d'un établissement de santé particulier. Des politiques organisationnelles, par exemple, pourraient limiter le champ d'activité de l'infirmière en restreignant son rôle et ses responsabilités.

La confusion quant au champ de pratique, ou au rôle, est particulièrement inquiétante lors de l'affectation du personnel, et lorsque les IA et les IAA travaillent en équipe. Heureusement, il y a un nombre croissant d'outils de prise de décisions relatives à la dotation, élaborés à partir de données probantes, ainsi que des ressources pour rendre le champ d'activité ou le rôle plus clair. Dans la section « Exemples de restructuration de la main-d'œuvre » (Canada) de ce document, nous donnons des exemples d'outils de prise de décisions qui connaissent du succès (par exemple, le modèle synergie, un outil d'évaluation des besoins des patients).

Besner et al. (2005) ont étudié en profondeur les champs de pratique des infirmières de l'Alberta et de la Saskatchewan. Ils se sont attardés aux défis engendrés par la confusion entourant le champ de pratique ou le rôle, et ont fait les recommandations suivantes : a) les organismes de réglementation et les syndicats des trois groupes d'infirmières devraient collaborer pour mieux former leurs membres respectifs par rapport à leurs responsabilités uniques ou partagées; b) les employeurs devraient amorcer la discussion avec les fournisseurs de soins afin de déterminer les responsabilités distinctes et partagées qui permettraient de clarifier le rôle de chacun, particulièrement au sein des équipes; et c) les enseignants doivent préciser les champs de pratique, les rôles et les responsabilités des infirmières et des autres fournisseurs de soins.

Résumé : Si nous voulons optimiser la prestation des soins, il faut jumeler les besoins des patients aux compétences de l'infirmière lors de l'affectation du personnel. Les champs de pratique des trois différents groupes d'infirmières devraient se distinguer en fonction des connaissances de base et des compétences, non pas des tâches. Un rapport sur l'éducation des infirmières au Canada (Pringle et al., 2004), recommande la collaboration entre les représentants des trois groupes d'infirmières afin d'améliorer les connaissances intra-professionnelles, augmenter les occasions de formation ainsi que la pratique axée sur la collaboration. Il faut que le champ d'activité soit clair au sein des provinces, des territoires et dans tout le Canada. Actuellement, les niveaux d'études et les champs de pratique varient entre les provinces et les territoires, et cela engendre de la confusion chez les infirmières, les autres fournisseurs de soins et les employeurs. Nous pouvons diminuer la confusion quant au champ de pratique ou au rôle en utilisant des outils et des ressources fondés sur les données probantes.

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

**Modèles de prestation de soins et de
pratique axée sur la collaboration**



Amy, IA (SIINB)

Les modèles de prestation de soins sont un volet particulier de la restructuration de la main-d'œuvre en santé. Plusieurs nouveaux modèles sont fondés sur la pratique et les équipes axées sur la collaboration. La pratique infirmière en collaboration signifie la collaboration entre les membres de la profession infirmière dans le but de dispenser des soins de qualité, axés sur le patient, et de façon sécuritaire. Un concept similaire, la pratique interprofessionnelle de collaboration, fait référence à la collaboration entre des fournisseurs de soins de différentes disciplines. Que la pratique de collaboration soit intra ou interprofessionnelle, les soins

sont généralement dispensés par des équipes. Puisque la complexité des soins a augmenté, un seul fournisseur est maintenant considéré moins efficace et efficient qu'une équipe de soins (Kalisch et Lee, 2013). Selon une auto-évaluation faite par les infirmières, les équipes infirmières axées sur la collaboration sont liées à de meilleurs milieux de travail et à une plus grande satisfaction au travail (Kalisch et al., 2010; Rafferty et al., 2007). Selon un sondage canadien, les infirmières associent les milieux de travail sains à une culture d'équipe, un sentiment de communauté, à des communications respectueuses et au soutien mutuel entre collègues (Lavoie-Tremblay et al., 2006).

Certains facteurs sont essentiels pour assurer la collaboration au sein des équipes de soins (Kalisch et al., 2009; Kalisch et al., 2010). Dans une étude menée aux États-Unis, Kalisch et al. (2009) ont formé des groupes de discussion distincts pour les IA, les IAA et les aides infirmiers non réglementés. Selon les commentaires des participants, il faut un chef d'équipe efficace qui appuie les valeurs de l'équipe et sert d'exemple. « Notre gestionnaire nous accorde vraiment de l'importance lorsque nous travaillons bien en équipe, et elle s'y attend ». (p. 300) [Traduction]. Les leaders efficaces s'assurent aussi de la pertinence de la dotation en personnel, et que tous aient accès aux ressources et aux informations nécessaires. Un thème connexe, la communication, met en relief l'importance de partager, entre les membres de l'équipe, et en temps importun, les renseignements essentiels sur le patient (par exemple, lors du passage du relais ou des petites réunions pour parler sécurité). Une autre priorité clé est l'orientation de l'équipe et l'importance de mettre les besoins du patient (soins axés sur le patient) avant les intérêts personnels. Une culture de sécurité s'harmonise aux équipes de soins axées sur la collaboration. Au sein d'une culture de sécurité, les membres de l'équipe sont davantage conscients des facteurs de qualité et de sécurité dans leur milieu de travail, ils suivent de près le rendement de chaque membre et offrent un feed-back constructif. « Nous sommes conscients les uns des autres. Ce n'est pas négatif mais, si nous voyons qu'une personne a oublié de se laver les mains, nous lui disons. On le fait l'un pour l'autre. » (Kalisch et al., 2009, p. 302) [Traduction].

On parle d'erreurs d'omission lorsque des soins n'ont pas été prodigués (par exemple, ne pas administrer un médicament, ne pas éduquer un patient). Kalisch et Lee (2010) ont examiné les facteurs liés aux soins omis. Les rapports de soins omis ont diminué significativement lorsque des équipes de soins étaient présentes et que la dotation était pertinente. « Lorsqu'il y a un travail d'équipe, il y a beaucoup plus de chance qu'aucun soin ne soit omis car chaque membre de l'équipe croit que l'équipe est plus importante que le membre individuel et que le travail 'leur appartient.' Cela se traduit par le fait que chaque membre est conscient de la charge de travail des autres membres et, ainsi, ils peuvent s'entraider et intervenir au besoin. » (Kalisch et Lee, 2010, p. 238-239). [Traduction].

En se basant sur les études de Kalisch et ses collègues (2009, 2010), la pratique de collaboration est évidente lorsque : a) les IA et les IAA partagent les renseignements critiques entre elles; b) les IA et les IAA participent à la prise de décisions relatives aux soins aux patients; c) les IA et les IAA comprennent le rôle et les responsabilités de chacune; d) les IA et les IAA respectent la contribution de chacune au sein de l'équipe; et e) les IA et les IAA soutiennent l'équipe et favorisent le travail d'équipe.

Les hôpitaux aimants (*Magnet hospitals*) sont connus pour leurs qualités de base facilitant la pratique de collaboration entre les infirmières : leadership infirmier efficace, travail d'équipe en collaboration, pertinence de la dotation, communications efficaces, et contrôle par rapport à l'exercice de la profession (par exemple, autonomie clinique, gouvernance partagée). Les hôpitaux aimants font l'objet d'un processus rigoureux d'accréditation avant de recevoir la reconnaissance « aimant » (*Magnet*), et sont renommés quand vient le temps de recruter et maintenir en poste le personnel infirmier (Kramer et Schmalenberg, 2006). La satisfaction au travail des infirmières est plus grande dans ces hôpitaux, il y a moins d'épuisement chez le personnel infirmier, et les résultats des patients sont meilleurs, comparativement aux hôpitaux n'ayant pas ces qualités de base (Friese et al., 2008; Kelly et al., 2011). Selon des études canadiennes, dans les hôpitaux affichant ces qualités qui attirent (comme un aimant), les infirmières mentionnent un milieu de travail positif et un climat de travail solide axé sur la sécurité du patient (Armstrong et al., 2009; Laschinger, 2008).

L'autonomie clinique, composante du contrôle sur l'exercice de sa profession, est une qualité de l'hôpital aimant qui est souvent mal comprise. L'autonomie clinique est la capacité de prendre des décisions par rapport aux soins du patient en se basant sur les dispositions réglementaires, les politiques organisationnelles et son propre niveau de compétence. Cela signifie des actions indépendantes et interdépendantes. Les actions indépendantes comprennent la capacité de savoir quand consulter une autre personne ou aller chercher le soutien d'autres personnes (Weston, 2008). Dans le cadre des modèles axés sur la collaboration, la nature interdépendante de l'autonomie clinique est accentuée.

Un document de l'Île-du-Prince-Édouard illustre l'interdépendance des rôles des IA et des IAA dans le cadre de modèles de pratique de collaboration. *Exemplary Care: Registered Nurses and Licensed Practical Nurses Working Together* est né d'une initiative conjointe de l'Association for Registered Nurses of Prince Edward Island (ARNPEI), la Licensed Practical Nurses Association of PEI (LPNA) et le PEI Health Sector Council (PEIHSC). Le document examine ce qui se passe lorsque les IA et les IAA travaillent individuellement ou en collaboration au sein d'une unité (2009). Les principes directeurs sont résumés au Tableau 1.

L'interdépendance des rôles et la collaboration entre les IA et les IAA sont décrites par rapport au processus de soins. Par exemple, en matière de « planification », l'IA assume l'élaboration d'un plan de soins complets ainsi que la coordination des soins du client, notamment des « plans de soins à moyen et à long terme »; l'IAA « collabore et contribue » au processus de planification et « revoit et interprète le plan de soins en mettant l'accent sur les besoins courants et quotidiens. » (p. 9) [Traduction].

Il existe plusieurs documents à l'échelle provinciale et organisationnelle qui parlent de la même chose et servent de guide à la collaboration entre les IA et les IAA. « La collaboration est une communication continue qui guide la prise de décisions et favorise l'atteinte des résultats ciblés pour le client. Elle respecte la contribution de chacun et les compétences de chaque membre. » (ARNPEI, 2009, p. 12). [Traduction].

Tableau 1. Soins exemplaires : IA et IAA travaillant ensemble

1. Les IA et les IAA ont le devoir de dispenser les soins appropriés au client, et de façon sécuritaire.
2. Les IA et les IAA agissent conformément à la législation provinciale, aux normes de pratique, au code de déontologie, et « autre législation pertinente. » (p. 3).
3. Les IA et les IAA doivent avoir accès aux ressources et supports suivants : leadership infirmier efficace, dotation pertinente et appropriée, temps pour parler des besoins du client.
4. Le modèle de prestation de soins doit favoriser les soins dispensés en collaboration.
5. Lorsque les besoins des clients augmentent, la profondeur et l'étendue des compétences de l'infirmière augmentent aussi; « les clients ont alors davantage besoin des compétences qui s'inscrivent dans le champ de pratique de l'IA et moins besoin des compétences qui s'inscrivent dans le champ de pratique de l'IAA. » (p. 3).
6. Lorsque les besoins des clients en matière de santé augmentent (par exemple, augmentation de l'acuité, de la complexité, de la variabilité), les IAA ont davantage besoin du soutien des IA. Le soutien supplémentaire peut comprendre la consultation avec une IA, le partage de l'affectation avec une IA, ou laisser à l'IA toute la responsabilité du client.
7. Il doit y avoir une communication efficace entre les infirmières et au sein de l'organisation.
8. Les responsabilités et l'obligation de rendre compte doivent être comprises par les infirmières et doivent être claires à tous les paliers de l'organisation.

Certes, il y a définitivement des avantages à collaborer en équipe, et les critères pour ce type de travail d'équipe sont bien documentés dans la littérature portant sur les soins infirmiers. Toutefois, il faut reconnaître et tenir compte des obstacles aux équipes de collaboration. Selon deux chercheurs canadiens, Lemieux-Charles et McGuire (2006), le travail en équipe ne remplit pas toujours sa promesse parce que nous tenons pour acquis que les fournisseurs de soins sauront comment communiquer et collaborer au sein des équipes. Cela survient rarement sans les bonnes structures, processus et supports en place. Tel que mentionné auparavant, les trois groupes d'infirmières sont généralement formées dans le cadre de programmes différents, et apprennent rarement comment travailler ensemble avant la fin de leurs études. Par conséquent, la formation infirmière traditionnelle est un obstacle majeur à la collaboration en équipe (Pringle et al., 2004). Un autre grand obstacle est la nature hiérarchique des organisations de santé qui favorise une culture de classification des employés au sein de la main-d'œuvre. Ces divisions culturelles invisibles des travailleurs peuvent nuire aux efforts déployés pour reconnaître et respecter la contribution de tous les membres de l'équipe. Selon les études, les approches plus égalitaires en matière de résolution de problèmes et prise de décisions mènent à de meilleurs résultats chez les infirmières et les patients, mais il est très difficile de changer la culture organisationnelle



(Weinberger et al., 2011). Cela ne veut pas dire pour autant que les différents types d'infirmières sont interchangeables. Cela signifie plutôt que les soins aux patients, et les conditions saines de travail, sont favorisés lorsque la contribution de chaque fournisseur de soins est respectée.

Résumé : Dans le secteur complexe des soins de santé d'aujourd'hui, aucun fournisseur de soins ne peut dispenser des soins de qualité, de façon sécuritaire, sans le soutien d'une équipe. L'efficacité du travail d'équipe exige la collaboration. Le travail d'équipe est efficace lorsque les IA et les IAA travaillent ensemble pour dispenser des soins de qualité de façon sécuritaire, lorsqu'elles partagent entre elles les renseignements critiques, et démontrent un respect mutuel de l'une et de l'autre. Le travail d'équipe est essentiel à la prestation de soins sûrs et de qualité. Toutefois, il ne faut pas négliger d'autres facteurs, notamment la pertinence de la dotation et l'accès aux ressources et soutiens nécessaires. Les milieux de travail de type aimant (*Magnet*) favorisent le travail en équipe. Une des qualités de ces types de milieux est l'autonomie clinique. Les infirmières peuvent travailler de façon indépendante et interdépendante dans le cadre de leur champ respectif de pratique. Des outils, comme the ARNPEI, servent de guide au travail en équipe. Finalement, il ne faut pas tenir le travail d'équipe pour acquis, particulièrement au sein des organisations de santé qui sont généralement de nature hiérarchique.

« Nous avons besoin de modèles innovateurs de prestation de soins, assortis de résultats intentionnels fondés sur les besoins et les désirs des patients, dans tous les milieux de soins, permettant une utilisation plus efficace des ressources, et se traduisant en améliorations mesurables de la satisfaction des patients et des résultats de qualité à long terme. » [Traduction]

(Kimball et al., 2007, p. 393)

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Le phénomène qualité-sécurité
Organisations à haute fiabilité

Allyson, IA (SIIS)



Avant de passer aux exemples particuliers de restructuration, nous devons souligner l'importance de la qualité et de la sécurité. Selon les études, les considérations économiques et les pénuries de main-d'œuvre sont les deux principales forces motrices de la restructuration. Or, la qualité et la sécurité doivent être les principaux déterminants de la structuration de la main-d'œuvre (Jacob et al., 2013). Le rapport Francis (2013), qui sera détaillé à la section « Exemples de restructuration de la main-d'œuvre » (R.-U.), illustre bien combien la sécurité des patients est compromise lorsqu'on accorde plus d'importance à d'autres priorités, notamment les finances.

Au Canada, il existe des organisations nationales et provinciales chargées des questions de qualité et de sécurité. À l'échelle nationale, nous avons l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP), organisation sans but lucratif (voir : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/pages/default.aspx>). À l'échelle provinciale, nous avons les conseils chargés de la qualité dans le secteur de la santé (par exemple, le Health Quality Council de l'Alberta à <http://qualityalberta.ca/>), et qui offrent une aide lors de la mise en place et de l'évaluation des pratiques de soins axées sur la qualité et la sécurité.

Au Canada, il y a un mouvement infirmier visant à établir une base nationale de données sur les indicateurs de qualité dans le secteur des soins de santé. Elle servira à illustrer la contribution importante du personnel infirmier aux résultats des patients et de l'organisation (Academy of Canadian Executive Nurses, 2011). Les chercheurs et les leaders infirmiers canadiens ont élaboré et piloté des projets portant sur les indicateurs qui tiennent compte de la dotation infirmière et ont démontré un lien direct entre la présence de ces indicateurs et la prestation de soins sûrs et de qualité (Doran, 2003; Doran et al., 2006; Sidani et al., 2004).

L'initiative du National Nursing Quality Report (Rapport national sur la qualité des soins infirmiers) comprend des indicateurs liés à la structure, au processus et aux résultats, et démontre le lien important entre chacun. Lorsque les structures pertinentes sont en place, les activités ou processus nécessaires sont facilités, et cela mène à des résultats positifs. Certains indicateurs de la structure des soins infirmiers comprennent les mesures de la dotation, par exemple, le pourcentage d'heures totales de soins hospitaliers directs en une journée. Les indicateurs liés au processus comprennent le pourcentage d'évaluations des risques de chute complétées, et d'évaluations des risques de plaie de pression complétées. Certains résultats reflètent la gestion, par les infirmières, de la douleur et des soins personnels au moment du congé de l'hôpital. Ces données seront disponibles et permettront aux infirmières d'établir le bien-fondé de leur contribution à la qualité et à la sécurité des soins.

Plusieurs des pratiques exemplaires en matière de qualité et de sécurité des soins ont été empruntées à des organisations à haute fiabilité,

notamment l'aéronautique, l'industrie pétrolière et l'industrie électronucléaire qui doivent offrir un service très fiable, régulier et efficace afin d'éviter tout danger public. Les soins de santé s'inscrivent dans un organisation à haute fiabilité (Hudson, 2003; Pronovost et al., 2006; Sutcliffe, 2011). Ces organisations sont reconnues pour la communication efficace, la clarté des rôles et la reddition de comptes. La structure des équipes et les processus sont conçus de façon à promouvoir la collaboration au sein des équipes, ainsi que la prestation homogène et sécuritaire des services. Les organisations à haute fiabilité sont réglementées afin d'assurer la sécurité du public.

Nous pouvons tirer d'autres leçons des organisations à haute fiabilité. Par exemple, dans l'industrie aéronautique, il y a des différences claires entre les rôles et les responsabilités de chaque membre de l'équipe (pilotes, co-pilotes, équipage). Des politiques réglementaires rigoureuses sont en place pour le remplacement des pilotes de chaque type d'aéronef. Elles sont basées sur les besoins opérationnels particuliers, et en matière de services, du type d'aéronef (hélicoptère, transporteur commercial). L'accréditation des pilotes est suivie de près. Les pilotes doivent répondre à des exigences particulières en matière de santé (i.e., santé physique et mentale pour piloter un aéronef), et on tient compte des années d'expérience de vol, que le pilote soit de niveau « expert », « opérationnel » ou « inférieur à opérationnel ». Vous trouverez certains documents de réglementation sur le site Web de Transports Canada (voir : <http://www.tc.gc.ca/fra/aviationcivile/servreg/rac/menu.htm>).

Les organisations canadiennes de santé commencent à emprunter plusieurs ressources et outils de communication des autres organisations à haute fiabilité. Toutefois, les pratiques de réglementation des soins infirmiers doivent être renforcées afin de mieux protéger le public. Contrairement aux distinctions claires établies dans la réglementation et les politiques ciblant les membres des équipes du secteur aéronautique, il y a souvent de la confusion quant au champ d'activité et au rôle des membres de l'équipe de soins infirmiers (Oelke et al, 2008; Besner et al., 2005). Dans le secteur aéronautique, on considère d'abord le type d'aéronef. La réglementation et les politiques déterminent quel type de pilote et d'équipage convient le mieux à ce type d'aéronef. On peut faire un parallèle

avec le secteur des soins infirmiers où l'on doit considérer le patient d'abord. Lorsque les besoins des patients sont déterminés, l'affectation du personnel devrait jumeler les besoins du patient aux compétences de l'infirmière. Le champ de pratique des infirmières, et les politiques de l'organisation, devraient préciser quel fournisseur convient le mieux pour offrir des soins sûrs et de qualité, axés sur le patient. Lorsque des décisions ont été prises par rapport à la dotation en personnel infirmier, et que ces décisions sont fondées sur les données probantes, tout remplacement ou substitution doit être remis en question. Les IA devraient seulement être remplacées par des IA, les IAA devraient seulement être remplacées par des IAA, et les infirmières psychiatriques autorisées devraient seulement être remplacées par des infirmières psychiatriques autorisées.

Valoriser la sécurité des patients

Structure responsable de la main-d'œuvre

« Like for Like »

Sabrina, IA (AIO)



L'expression *like for like* (littéralement : pareil par pareil) est relativement nouvelle dans le secteur des soins de santé. Tel que confirmé dans le cadre de communications personnelles avec des représentants syndicaux, cette expression commence à apparaître dans les conventions collectives du personnel infirmier de Victoria (Australie), de la Californie (États-Unis), et de la Colombie-Britannique (Canada). Jusqu'à maintenant, la politique de remplacement ciblait le remplacement des IA, mais elle a les mêmes répercussions sur le remplacement des IAA et des infirmières psychiatriques autorisées.

L'expression *like for like* tire son origine de New South Wales (Australie) où elle fait partie de la convention collective 2010 entre le syndicat infirmier (NSW Nurses and Midwives' Association) et le gouvernement de New South Wales (NSW). L'expression est née dans le but d'éviter de remplacer les IA par du personnel non IA lors d'absences non planifiées, par exemple, congé de maladie non prévu. Les membres du syndicat ont signalé plusieurs cas où l'IA a été remplacée par du personnel non IA, et cela a mené à des rapports documentés de situations inquiétantes par rapport à la sécurité des conditions de travail et des patients. Afin d'éviter toute violation de la politique de remplacement par une infirmière ayant les mêmes compétences (*like for like*), la convention collective 2010 stipule que lors d'une absence non prévue d'une IA, cette dernière peut être remplacée par une infirmière d'une autre classification (IAA), seulement si aucune autre IA n'est disponible. Dans ces circonstances, les infirmières gestionnaires doivent considérer les répercussions de ce remplacement sur la charge de travail et la sécurité du personnel et des patients. L'obligation de rendre compte de la dotation axée sur la sécurité est une exigence.

L'expression *like for like* a été utilisée pour assurer la sécurité de la dotation en personnel infirmier lors de courtes absences non prévues. Elle affecte la restructuration de la prestation des soins. Les nouvelles approches de prestation des soins doivent tenir compte, en premier, des besoins des patients ou de la population. Les soins axés sur le patient mettent le patient d'abord. On détermine ensuite comment organiser les soins afin de maximiser les résultats positifs des patients (Curley, 2007). Lorsque les besoins des patients sont déterminés, la dotation infirmière doit s'appuyer sur le niveau de scolarité et les compétences de l'infirmière : quelles infirmières conviennent le mieux à ce type particulier de patient. Les politiques, comme le remplacement *like for like*, assurent la sécurité des soins en empêchant une dilution de la main-d'œuvre infirmière par un employeur qui se tourne toujours vers le travailleur le moins dispendieux. Pour offrir des soins sûrs et de qualité, nous devons reconnaître le niveau de scolarité et compétences des infirmières.

Résumé : Les organisations de santé sont des organisations à haute fiabilité. La prestation des soins doit être très fiable si nous voulons assurer la sécurité des patients. Le secteur des soins de santé a emprunté plusieurs

outils et ressources des autres organisations à haute fiabilité, notamment l'industrie aéronautique. Une politique réglementaire, notamment la politique *like for like*, commence à apparaître dans le libellé des conventions collectives des infirmières et dans les politiques organisationnelles. Elle est similaire à la politique de remplacement dans le secteur aéronautique. Si nous voulons offrir des soins axés sur le patient, il faut d'abord déterminer les besoins du patient. Une fois ces besoins déterminés, la dotation doit viser le jumelage entre les besoins du patient et les compétences de l'infirmière. Les différences entre les infirmières, fondées sur les connaissances de base, devraient être évidentes dans les champs réglementés de pratique.

Karen, IAA (SIINE)



Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Exemples de restructuration de la main-d'œuvre
Exemples de restructuration de la prestation des soins infirmiers



Katherine, IAA (SIIM)

Dans cette section, nous allons présenter des exemples venant du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande. La restructuration de la main-d'œuvre se fait dans le monde entier. Quelles leçons sont tirées? Les exemples comprennent des changements à l'échelle nationale (Angleterre), au sein d'une unité ou dans le cadre de projets pilotes dans des établissements (Canada).

Canada

En Colombie-Britannique, une initiative conjointe entre les syndicats infirmiers et la direction des soins infirmiers du ministère de la Santé de la C.-B. a permis de mener un projet pilote sur les équipes de collaboration et la prise de décisions relatives à la dotation (MacPhee et al., 2010a). Les projets pilotes ont ciblé huit établissements de la province, notamment deux établissements par secteur de santé (soins actifs, soins de longue durée, santé communautaire et santé mentale). Le projet reflétait la composition typique du personnel de chaque établissement. Par exemple, un des projets comprenait des IA, des IAA et des aides infirmiers. Chaque chef de l'équipe de projet était une infirmière gestionnaire de première ligne au sein de l'établissement ciblé, et la communication se faisait sur une base régulière entre les équipes de projet et les directeurs des soins infirmiers de chaque établissement. Les équipes de projet ont utilisé le modèle Synergy, outil d'évaluation des besoins des patients, pour évaluer les besoins des patients, des résidents ou des clients au sein de leur unité ou établissement.

Le modèle Synergy, outil d'évaluation des besoins des patients, est assorti d'une approche holistique et systémique pour déterminer les besoins des patients. Ces besoins comportent neuf volets : prévisibilité, stabilité, résilience, complexité, vulnérabilité, capacité de prendre soin de soi, capacité de prendre, de façon autonome, des décisions par rapport aux soins, accès aux ressources et soutiens (Curley, 2007). Chaque volet est accompagné d'une échelle d'évaluation de cinq (5) points de type Likert, similaire à l'échelle canadienne de triage et d'acuité utilisée par les salles d'urgence. Par rapport à la complexité, par exemple, un score de 1-2 indique un patient présentant de multiples comorbidités ou ayant plusieurs systèmes affectés; un score de 3 indique une complexité modérée, et un score de 4-5 indique une faible complexité. L'outil Synergy peut déterminer les aspects demandant le plus de soins pour chaque patient, et les scores moyens (i.e., la moyenne des huit scores pour chaque patient) peuvent être utilisés lors de l'organisation des soins et, ainsi, permettre d'affecter de façon plus équitable les soins entre les membres des équipes de soins.

Dans le cadre du projet pilote de la C.-B., les équipes ont appris comment utiliser l'outil, et des séances pratiques ont eu lieu jusqu'à ce que les évaluations faites par chaque membre de l'équipe concordent (>90% concordance). Après deux ou trois séances de pratique, les équipes de projet sont devenues de plus en plus à l'aise et confiantes par rapport à l'utilisation de l'outil. L'équipe de projet a adopté une approche de collaboration lors de l'établissement de lignes directrices en matière de dotation pour leur population de patients. Ces lignes directrices étaient fondées sur les scores obtenus (MacPhee et al., 2010b). Par exemple, une ligne directrice en matière de dotation d'une unité de soins actifs stipule que les IA d'expérience (non pas les nouvelles diplômées) devraient être les premiers fournisseurs de soins pour les patients dont les scores moyens étaient de 1-2. Le projet pilote s'est échelonné sur une seule année et, par conséquent, il n'a pas été possible d'évaluer la viabilité ou les résultats à long terme. Toutefois, les résultats à court terme indiquent une meilleure communication au sein des équipes et une plus grande collaboration lors des prises de décisions.

Le projet pilote de la C.-B. a servi d'exemple pour un projet pilote similaire mené en Saskatchewan dans une unité médicale de soins actifs (Rozdilsky et Alecxe, 2012). Un groupe composé de IA, de IAA et de gestionnaires ont collaboré pour évaluer les patients lors de chaque quart de travail, et en utilisant l'outil Synergy. « L'affectation des patients s'est fondée sur une évaluation holistique des besoins des patients, en fonction des résultats tirés de l'outil Synergy, plutôt que sur la 'géographie' (par exemple, une infirmière chargée d'une unité comprenant plusieurs lits sans tenir compte de l'acuité des besoins des patients au sein de l'unité). » (p. 103). [Traduction]. Les données recueillies au cours de l'année du projet indiquent des répercussions positives sur les résultats des patients, notamment réduction du taux d'infections nosocomiales, et diminution du nombre de chute par jour-patient. « Nous avons aussi observé une plus grande diligence à signaler les incidents liés aux médicaments, et c'est un pas positif pour faciliter les changements systémiques ». (p. 110) [Traduction]. En se basant sur les équipes de projet, et le feed-back reçu du personnel, les chercheurs concluent que cette approche a permis de mettre les besoins des patients à l'avant-plan de la communication entre les membres de l'équipe et de la prise de décisions.

Une autre approche de collaboration en équipe vient de l'Hôpital général de Vancouver, C.-B. (Harvey et Priddy, 2012). Au début du projet, le champ de pratique et les rôles des membres de l'équipe (IA, IAA et aides infirmiers) ont été clarifiés. Le processus de collaboration comprenait neuf étapes énumérées au Tableau 2.

Un outil d'évaluation des besoins des patients, en temps réel, a été utilisé pour déterminer l'acuité des besoins et le niveau de dépendance et, ainsi,

Tableau 2. Le processus de collaboration

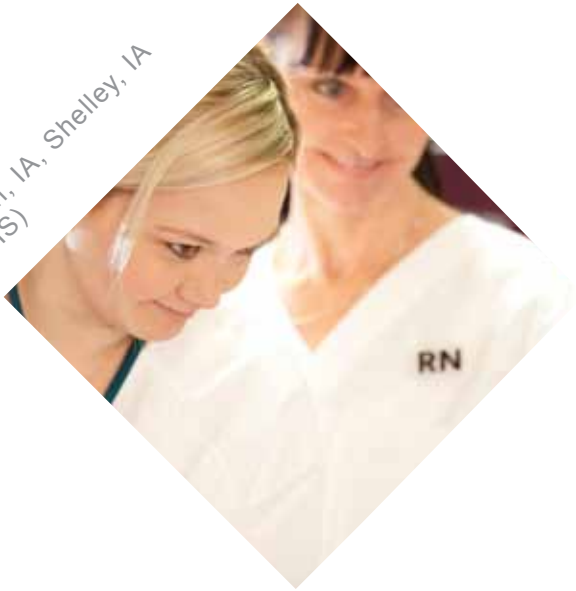
1. Définir la population de patients/unité.
2. Déterminer l'acuité des besoins des patients/unité.
3. Déterminer les besoins des patients en matière de soins routiniers.
4. Déterminer le profil de dotation actuel de l'unité.
5. Faire participer le personnel de l'unité, les gestionnaires et les représentants syndicaux à l'élaboration d'un nouveau modèle de prestation de soins, basé sur les besoins des patients.
6. Présenter le nouveau modèle aux représentants du syndicat provincial et élaborer des plans de réaménagement des effectifs, au besoin.
7. Déterminer les postes nécessaires (y compris remplacement pendant les congés annuels), embaucher le personnel nécessaire et élaborer de nouveaux horaires de rotation.
8. Sensibiliser le personnel au modèle de pratique de collaboration, et tenir des réunions avec le personnel, sur une base régulière, durant et après la mise en œuvre, afin de clarifier le champ de pratique et les rôles, et éviter la confusion.
9. Élaborer un algorithme adapté de dotation afin d'aider les infirmières responsables et les coordonnateurs des soins à prendre les décisions.

faciliter le processus. Afin de clarifier le champ d'activité et les rôles, et permettre de travailler en collaboration, il était essentiel d'avoir du matériel éducatif à l'intention du personnel et des gestionnaires. Depuis, cette approche a été adaptée et mise à l'essai dans deux établissements de soins de longue durée de cette région sanitaire (Harvey et Priddy, 2012).

En Ontario, une trousse d'outils a été conçue et évaluée, à partir des normes de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) pour les IA et les IAA, et pour aider à la prise de décisions (Blastorah et al., 2010). Ce projet a d'abord été mené dans les unités de médecine et chirurgie des hôpitaux. Selon les normes de l'OIIO, les décisions relatives à la prestation des soins doivent tenir compte du patient (complexité des soins, prévisibilité des résultats, risque de résultats négatifs), de l'infirmière (connaissances, compétences, jugement), et du milieu de travail (outils de soutien, consultations, stabilité du milieu). La trousse à outils a été créée dans le but d'opérationnaliser les facteurs (patients, infirmières, milieu de travail) liés à la prestation de soins sûrs et de qualité, axés sur le patient. Elle comprend un outil d'évaluation des besoins des patients, validé dans le cadre d'un processus, fondé sur le consensus. La participation du personnel a été une composante importante de l'utilisation et de l'évaluation de la trousse d'outils. L'utilisation des outils, accompagnée d'un processus de révision fondé sur le consensus, a permis d'améliorer la prise de décisions et, ainsi, jumeler les besoins des patients aux ressources infirmières, tout en mettant l'accent sur les besoins du patient, de l'infirmière chargée du patient, et de l'unité de soins. » (p. 48).

Résumé : Les initiatives de restructuration, axées sur le travail d'équipe en collaboration, et mentionnées ci-dessus, ne constituent pas une liste complète. Elles servent à illustrer les approches visant la prestation de soins sûrs, de qualité et axés sur le patient, au sein d'une unité ou d'un établissement. Dans ces exemples, des outils d'évaluation des besoins des patients ont été utilisés afin de déterminer, en premier lieu, les besoins des patients. Par la suite, on a tenu compte des qualifications, des compétences et du milieu de travail. Les modèles de pratique de collaboration requièrent le travail d'équipe. Or, la collaboration entre les membres d'une équipe ne se fait pas automatiquement; certains facteurs favorisent la collaboration intraprofessionnelle (et interprofessionnelle) au sein d'une équipe. Pour établir le consensus, la sécurité et la confiance au sein d'une l'équipe, il

Sarah, IA, Shelley, IA
(SIIIS)



faut partager l'information et participer à la prise de décisions. Des soutiens éducatifs et des vérifications fréquentes sont nécessaires si nous voulons que le champ de pratique et les rôles demeurent clairs.

Australie

L'Australie offre des exemples d'initiatives de restructuration à l'échelle nationale. Le site Web du Health Workforce Australia (voir : <http://www.hwa.gov.au/>) décrit les initiatives en cours pour forger des partenariats entre le gouvernement, le secteur de la santé et le secteur universitaire, et pour « aborder les principales priorités en matière de planification, formation et réforme de la main-d'œuvre en santé de l'Australie. » [Traduction]. La mauvaise distribution de la main-d'œuvre et les pénuries de main-d'œuvre ont mené à ces initiatives, notamment : a) élaboration du cadre national pour orienter la réforme de la main-d'œuvre; b) création de réseaux de formation clinique; c) campagnes internationales de marketing visant à augmenter le recrutement de personnel infirmier et autres professionnels de la santé; d) projets pilotes visant à clarifier le champ de pratique du personnel infirmier et des autres groupes professionnels.

Des chercheurs universitaires (Jacob et al., 2013) offrent un excellent aperçu des efforts de restructuration de la main-d'œuvre liés à l'utilisation des enrolled nurses (EN) qui sont l'équivalent de nos IAA canadiennes. À l'origine, soit dans les années 1980, leur rôle était d'aider à dispenser les soins sous la supervision d'une IA, notamment les activités liées à la vie quotidienne, le suivi de l'état de santé et les interventions de base. Dans les années 1990, les EN faisaient partie d'équipes de prestation de soins et assumaient des fonctions infirmières générales. Leur rôle a été élargi en raison d'une pénurie d'IA et de l'augmentation de l'acuité des besoins des patients. Ainsi, les IA s'occupaient des patients plus malades, et plusieurs d'entre elles devaient assumer un rôle de spécialiste. Parallèlement, la formation des EN est devenue plus structurée (elle est passée d'un modèle d'apprentissage à une formation professionnelle plus formelle). À la suite d'un examen du rôle des EN dans les milieux ruraux ou le secteur des soins aux aînés, une législation a été adoptée permettant aux EN d'administrer les médicaments. Cette législation était assortie d'une adaptation du programme de formation des EN.

Avant 2010, chaque État australien avait son propre conseil de législation. Ainsi, les différences d'un État à l'autre, par rapport à la formation des EN et à la législation de leur champ de pratique, engendraient de la confusion. Un cadre de qualifications a été élaboré à partir d'une formation normalisée des EN. Il y a des normes nationales de formation pour les EN qui désirent se spécialiser : formation de 12 mois menant à un certificat, formation de 18 mois menant à un diplôme, et formation de deux ans menant à un diplôme avancé. Les programmes plus avancés comprennent l'administration des médicaments et les compétences avancées. Ce parcours donne accès à l'université et, éventuellement, au statut d'IA (Jacob et al., 2013).

De façon similaire à d'autres pays, dont le Canada, l'Australie a dû surmonter le défi d'élaborer des champs de pratique qui établissent clairement la différence entre les IA et les EN, et qui sont suffisamment souples pour tenir compte des différentes régions et milieux de soins. Le Australian Nursing and Midwifery Council a élaboré des normes nationales en matière de compétences des IA et des EN, ainsi qu'un cadre de prise de décisions, afin d'orienter la pratique des IA et des EN. Ce cadre s'accompagne de ressources pour aider à la prise de décisions

quotidiennes liées à la prestation des soins (Bellchambers et McMillan, 2007; Chaboyer et al., 2008; Jacob et al., 2013; Nankervis et al., 2008).

En se basant sur des entrevues avec des représentants du syndicat infirmier australien de NSW, et des représentants d'organismes de réglementation, ils ont pu conclure que la clarté des champs de pratique s'était grandement améliorée en raison d'une collaboration étroite entre le syndicat, les organismes de réglementation et les éducateurs. « En Australie, nous avons une culture autour de la complémentarité. Les gens savent ce que les IA et les EN peuvent faire. Les EN sont là pour aider les IA et non pas pour les remplacer. La complémentarité doit trouver un appui dans les cadres de réglementation et dans la formation : nous offrons un complément, nous ne remplaçons pas. » [Traduction].

« Notre organisme national d'enregistrement offre beaucoup de documents pour aider les gens à faire la distinction entre les catégories d'infirmières. Je crois qu'il y a une différence claire entre les deux, ainsi que des ressources permettant de clarifier les rôles. Par contre, nos aides infirmiers ne sont pas réglementés. Nous aimerions le faire. À NSW, il y a un document de mise en œuvre, décrivant explicitement les exigences requises pour devenir aide infirmier, ainsi que leurs rôles. Il est arrivé que les aides infirmiers accomplissent des tâches élargies dans le système public de soins de santé. C'est pourquoi nous avons contribué à élaborer des documents donnant une description claire des postes et des rôles. Nous sommes inquiets car les organisations pourraient offrir, elles-mêmes, une formation afin d'élargir le champ de pratique des aides infirmiers. » [Traduction].

« Nous avons des outils de prise de décisions. Il y a un parcours de formation ainsi que des frontières délimitant clairement ce que les IA et les EN peuvent faire. Chaque autorité ou région sanitaire fournit aussi des descriptions d'emploi énonçant clairement les fonctions. Et c'est la culture. Lorsque vous avez travaillé avec des EN, vous savez ce qu'elles peuvent et ne peuvent pas faire. » [Traduction].

Résumé : En raison des différences entre les États australiens par rapport au champ de pratique des infirmières, le principal organisme de réglementation, soit le Australian Nursing and Midwifery Council, a élaboré

un cadre permettant de différencier légalement entre les EN et les IA. Ces différences réglementaires s'accompagnent de différences entre les programmes de formation des EN et des IA (maintenant à l'échelle du pays). De plus, les organisations de santé doivent fournir des descriptions d'emploi qui sont claires, ainsi que des soutiens à la prise de décisions liées à la dotation, afin d'éviter toute confusion quant au champ de pratique et au rôle. Selon des australiens interviewés, la clarté du champ de pratique et du rôle fait partie de la culture du secteur des soins de santé, et contribue à une collaboration plus efficace entre les IA et les EN au sein des équipes.

Nouvelle-Zélande L'exemple qui suit illustre bien la complexité de la prise de décisions à l'échelle des systèmes. Des changements apportés à la prestation des soins ont eu un impact négatif sur les infirmières et les patients. McCloskey et Diers (2005) décrivent les résultats négatifs liés aux initiatives de restructuration au cours des années 1990 et 2000 en Nouvelle-Zélande. Avant la restructuration, la composition du personnel était environ 85% IA et 15% EN (les EN sont l'équivalent de nos IAA). Après la restructuration, les EN ont été éliminées, et les heures de soins directs prodigués par les IA ont été réduites de 36% afin de contrôler les coûts. Pendant cette période, on a observé une augmentation significative d'événements indésirables chez les patients, notamment augmentation du taux de septicémie et présence de plaies de pression. De plus, le gouvernement avait demandé de réduire la durée du séjour à l'hôpital. Une réduction de 20% de la durée du séjour a comprimé la charge de travail des infirmières (voir Berry et Curry, 2012).

Heureusement, le gouvernement de la Nouvelle-Zélande et le syndicat infirmier suivaient de près les répercussions de la restructuration de la main-d'œuvre. Les inquiétudes par rapport à la sécurité du personnel infirmier et des patients ont fait surface. Dans le cadre d'une convention collective nationale multi-employeurs, une commission chargée de la dotation axée sur la sécurité a été créée. Son mandat était d'examiner les données liées à la prestation des soins de santé. Des politiques ont aussi été élaborées pour promouvoir les milieux de travail sains. (voir : http://www.nzno.org.nz/support/workplace_rights/safe_staffing).

Résumé : En Nouvelle-Zélande, la restructuration s'est accompagnée de

nombreux changements, dont : a) élimination des EN; b) réduction générale des heures de soins dispensés par les IA; et c) réductions obligatoires de la durée de séjour à l'hôpital. Cette restructuration a engendré la « tempête parfaite » pour augmenter la charge de travail du personnel infirmier. En raison des inquiétudes liées à la sécurité, une entente de collaboration a été conclue entre le syndicat infirmier et les autorités sanitaires afin d'examiner les facteurs liés à la qualité et à la sécurité de la prestation des soins.

États-Unis

Aux États-Unis, les initiatives de restructuration de la main-d'œuvre infirmière comprennent une plus grande utilisation des IAA, ainsi qu'une législation sur la dotation axée sur la sécurité, à l'échelle du pays et de chaque État.

Les modèles américains de prestation de soins mettent principalement l'accent sur la contribution des IA. Des initiatives de restructuration sont en cours afin d'examiner comment les IAA et les modèles de collaboration peuvent mieux être utilisés au sein des différents secteurs de soins (Livornese, 2012; Seago et al., 2006).

DeWitt (2009) décrit un projet pilote mené au sein d'une unité de soins péri-anesthésiques, et dans laquelle des IAA ont été graduellement intégrées à l'équipe de soins. Le personnel infirmier et les gestionnaires ont participé à l'examen de l'unité afin de déterminer si les IAA avaient la formation, les compétences et les connaissances requises pour répondre aux normes professionnelles établies pour la prestation de soins péri-anesthésiques. Un organisme de réglementation a été consulté, et on a utilisé leur algorithme de prise de décisions pour clarifier le champ de pratique des IAA. De plus, des lignes directrices relatives à la dotation en personnel ont été élaborées en fonction de la population de patients de l'unité. Des séances de formation ont été offertes afin de clarifier le nouveau processus de collaboration au sein de l'équipe. L'intégration des IAA a été graduelle. Au début du projet, une IAA a été jumelée à une IA pour prendre soin de trois patients. Avec le temps, l'utilisation optimale des IAA, et le travail de collaboration en équipe, ont amélioré la qualité des soins dispensés à

des patients dont l'acuité des besoins variait. Ce changement graduel à la prestation des soins (par une IA, puis jumelage d'une IA avec une IAA) a exigé du temps ainsi qu'un engagement réel des leaders. Il a fallu du temps en raison de l'incertitude des infirmières par rapport au processus mais, finalement, la véritable collaboration au sein des équipes a donné des résultats mesurables, notamment une meilleure circulation des patients à l'entrée et à la sortie de la salle d'opération.

Or, malgré l'exemple ci-dessus, les modèles de prestation des soins sont remis en question dans les maisons de convalescences qui accueillent des patients qui sortent de l'hôpital et ont besoin de récupérer et de retrouver leur mobilité. Même si le Office of the Inspector General des États-Unis s'est attardé aux résultats des patients en soins actifs, peu d'études (jusqu'à maintenant) ont examiné la qualité et la sécurité des soins dans ces établissements. Selon un rapport publié en 2014 par le Department of Health and Human Services (DHHS), les changements aux modèles de prestation de soins doivent être sérieusement revus. Selon les conclusions tirées des vérifications, ayant reçu le soutien du gouvernement, faites dans les maisons de convalescence, 22% des gens couverts par Medicare ont eu des effets néfastes pendant leur séjour dans ces maisons. Selon les médecins vérificateurs, plus de la moitié de ces incidents auraient pu être évité grâce à une surveillance infirmière plus minutieuse et une prestation plus efficace des soins. Les agences de vérification des maisons de convalescence et des établissements de soins de longue durée sont maintenant chargées de vérifier la structure des soins infirmiers et des processus, et de déterminer des façons de réduire les événements indésirables (DHHS, 2014).

Une dotation infirmière axée sur la sécurité est une composante essentielle de la structure de prestation des soins. Le site Web de l'American Nurses Association (2013) résume différentes approches d'élaboration des lois fédérales, et de chaque État, en matière de dotation. À l'échelle fédérale, la *Registered Nurse Safe Staffing Act* oblige chaque État à « assurer une dotation adéquate pour répondre aux besoins des patients en matière de sécurité. » [Traduction]. Les États ont trois types de législation leur permettant de respecter la loi fédérale : a) les ratios obligatoires

infirmière-patients (Californie); b) obliger les organisations de santé à créer un « comité de dotation dictée par les infirmières » (Washington, Oregon); et c) obliger les organisations de santé à divulguer, au public et aux organismes de réglementation, leurs niveaux de dotation (New York, Illinois).

Au Massachusetts, une initiative conjointe entre la Massachusetts Hospital Association, la Organization of Nurse Leaders of MA-RI, et le Home Care Alliance of Massachusetts a permis de créer le PatientCareLink, site Internet, accessible au public, et qui établit le lien entre les niveaux de dotation des organisations membres et les résultats en matière de sécurité des patients (voir : <http://patientcarelink.org/>). Les plans de dotation de chaque unité clinique et salle d'urgence de chaque hôpital sont affichés à PatientCareLink, et pour chaque quart de travail. Le site met en lumière le rôle essentiel des gestionnaires infirmiers et des infirmières par rapport aux prises de décisions liées à la dotation.

Résumé : Les exemples de restructuration venant des États-Unis mettent en relief les efforts déployés pour mieux utiliser les IA et les IAA selon leur champ de pratique actuel. L'exemple de l'unité de soins pré-anesthésiques illustre le type d'investissement intensif et continu de ressources et de supports organisationnels nécessaires pour donner des résultats positifs. Par ailleurs, la restructuration dans les maisons de convalescence donne des résultats inquiétants faisant l'objet de vérification et de remise en question. Les États-Unis illustrent aussi les différentes législations (fédérale et de chaque État) en matière de dotation axée sur la sécurité (ratios infirmière-patients obligatoires, processus obligatoires de planification de la dotation). Les tendances législatives mettent en relief l'importance de la transparence auprès du public, et établissent des liens très clairs entre la prestation des soins et les résultats des patients.

Le Royaume-Uni : National Health Service Angleterre

La restructuration de la prestation des soins au sein du National Health Service (NHS) de l'Angleterre est maintenant reconnue mondialement comme exemple de tragédie ayant pu être évitée. Cette restructuration a commencé il y a plus d'une décennie avec l'élimination des IAA et le

remplacement des IA par des aides infirmiers non réglementés (Bach et al., 2008; Kessler et al., 2006). Depuis les années 1990, la main-d'œuvre du NHS a augmenté de 40% alors que le nombre d'IA est passé de 29,3% de toute la main-d'œuvre en santé en 2002 à 27,7% en 2012 (Royal College of Nursing [RCN], 2013a). Un examen de la planification de la Foundation Trust du NHA pour les trois prochaines années révèle une autre réduction de 4% du nombre d'IA pour 2014-2016 (Monitor, 2013).

Certains secteurs ont fait l'objet d'une réduction encore plus importante d'IA, notamment les secteurs de la santé mentale, de la santé communautaire et des difficultés d'apprentissage (RCN, 2013a). La perte de postes IA dans le secteur communautaire du Royaume-Uni est particulièrement inquiétante car, en raison de la restructuration, la prestation des soins primaires se fait maintenant dans un établissement communautaire. Griffiths et al. (2010) ont examiné le lien entre les indicateurs de qualité des soins et la dotation infirmière dans le secteur des soins communautaires du NHS. Ils ont observé un meilleur rendement dans le domaine clinique (contrôle de la tension artérielle, contrôle des crises épileptiques) lorsque le niveau de dotation en IA était plus élevé. Les plus hauts niveaux de dotation en IA sont liés à des résultats significativement meilleurs par rapport à plusieurs conditions, notamment bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance cardiaque congestive, diabète, et hypothyroïdie.

Les changements à la prestation des soins ont donné lieu à des rapports alarmants du RCN (2013a) sur la sécurité de la dotation, ainsi qu'à plusieurs enquêtes, très médiatisées, sur la qualité et la sécurité des soins au sein du NHS (Berwick, 2013; Francis, 2010, 2013; Keogh, 2013). Tel que mentionné dans un rapport ciblant 14 Trusts (corporations du secteur public administrant plusieurs hôpitaux) du NHS (Keogh, 2013, p. 22), les équipes de révision ont observé « des exemples fréquents d'un nombre inadéquat d'infirmières dans certaines unités... ». « Cette situation était aggravée par le fait de trop dépendre du personnel de soutien non réglementé et du personnel temporaire... », et « Il y avait des problèmes particuliers liés aux niveaux de dotation inadéquats des quarts de travail de nuit et de fins de semaine. » [Traduction]. L'examen de la mortalité, mené par Keogh, a été commandé par le premier ministre afin d'examiner les établissements

affichant, de façon constante, des taux élevés de mortalité. L'examen, dirigé par le professeur Sir Bruce Keogh, directeur médical du NHS Angleterre, s'accompagne des recommandations suivantes : « Les niveaux de dotation infirmière et l'éventail des qualifications devront refléter le nombre de cas et la gravité de la maladie des patients dont ils sont chargés, et les conseils d'administration devront soumettre des rapports de façon transparente ». « Les directeurs des soins infirmiers des établissements au sein du NHS devront utiliser des outils fondés sur les données probantes pour déterminer les niveaux pertinents de dotation pour toutes les unités cliniques, et pour chaque quart de travail. Les conseils d'administration devraient approuver et publier, tous les six mois au moins, les niveaux de dotation fondés sur les données probantes, et rassurer ainsi le public par rapport à l'impact sur la qualité des soins et l'expérience du patient. » (p. 11) [Traduction].

Un autre cas très médiatisé est celui des enquêtes du Mid Staffordshire General Hospital NHS Trust (Francis, 2010, 2013). Cela a débuté par un rapport, publié par la Healthcare Commission en 2009, et documentant les taux élevés de mortalité et l'infériorité des normes de soins. Les inquiétudes du public ont mené à une enquête indépendante commandée en 2010 (Francis) et à une enquête publique en 2013 (Francis). Au Canada et au Royaume-Uni, les enquêtes publiques sont différentes des études commandées. Comme le nom l'indique, ce type d'enquête est mené dans le cadre d'un forum public plus transparent.

L'enquête menée en 2010 met au jour des conditions de soins effroyables qui ont persisté malgré les nombreux mécanismes pour signaler les problèmes liés à la qualité et la sécurité, et pouvant être utilisés par les patients, leur famille et le personnel. Les patients étaient laissés dans leurs excréments pendant de longue période; les patients ne pouvant s'alimenter ne recevaient aucune aide; l'eau n'était pas à portée de main; aucun respect de la vie privée et aucune dignité; et les secteurs spécialisés, notamment le triage à la salle d'urgence, se faisait par du personnel non IA. Malgré les plaintes officielles, le Trust a fait la sourde oreille. L'enquête a permis de découvrir que les réductions à la dotation et la dilution de la composition du personnel IA se faisaient continuellement dans le but d'économiser. L'enquête a aussi révélé comment le conseil d'administration du Trust adoptait une approche centriste très traditionnelle lors de la prise de

décisions financières, et cela affectait grandement les niveaux de dotation infirmière. Aucun engagement clinique ou consultation. Selon Francis (2010, p. 227) : « De toute évidence, il n'est pas clair du tout que la mise en place d'un programme de réduction de la main-d'œuvre était la seule façon d'économiser. » [Traduction].

L'enquête commandée de 2010 n'a pas réussi à satisfaire le public, particulièrement les membres des familles ayant perdu un être cher. Deux personnes ont récemment été reconnues pour le rôle qu'elles ont joué pour amorcer l'enquête publique du Mid-Staffordshire Trust (voir : <http://www.bbc.co.uk/news/health-25549054>). Julie Bailey est l'une de ces personnes. Elle a fondé CURE, organisation menée par les familles, et représentant les proches des patients décédés en raison de soins inférieurs aux normes. Sa propre mère est décédée d'un manque d'alimentation en oxygène. Il aura fallu la voix collective du public pour que des mesures soient prises. Cela s'explique en partie par le fait que le NHS avait éliminé la Commission for Patient and Public Involvement in Health (Commission pour la participation du patient et du public à la santé). Chaque établissement a été obligé de déterminer sa propre façon de faire participer le patient et le public (Francis, 2013).

Le rapport de l'enquête publique Francis (2013) mentionne plusieurs facteurs compromettant la qualité et la sécurité, notamment : une culture d'affaires comparativement à une culture axée sur le patient; la tolérance des normes inférieures et des risques aux patients; l'échec de communication entre les différents organismes de réglementation; et le manque de clarté par rapport à qui est chargé de la surveillance et du suivi.

Le rapport Francis met particulièrement l'accent sur l'importance de déployer des efforts pour créer une culture axée sur le patient (mettre le patient d'abord) et assurer « l'ouverture, la transparence et la franchise dans l'ensemble du système. » (p. 4) [Traduction]. Le rapport décrit une « culture de peur », une « culture de secrets », et une « culture d'intimidation » qui compromettent la qualité des soins et la sécurité des patients (p. 10). Le rapport comprend 290 recommandations concrètes. Outre le changement de culture qui permettrait de mettre les patients au cœur de la prise de décisions, le rapport demande une évaluation adéquate des risques

engendrés par les réductions de personnel IA. Ces recommandations précisent explicitement comment faire participer les patients, leur famille et le personnel (du palier macro-gouvernemental au palier communautaire), et comment les inciter à le faire.

Soulignons que, avant l'enquête publique Francis, il y avait une abondance de données sur les transgressions à la qualité et à la sécurité dans l'ensemble du NHS. Toutes ces données mentionnaient « la culture malsaine, le piètre leadership et l'acceptation de normes inférieures... » (Francis, 2013, p. 25) [Traduction]. Parmi les autres exemples publiés, mentionnons : *Patients Not Numbers, People Not Statistics* (Patients Association, 2009), et un rapport du National Confidential Enquiry for Patient Deaths (2009), qui examinent les soins dispensés aux patients décédés dans les quatre jours qui ont suivi leur admission à l'hôpital.

Le RCN a mené de nombreux sondages et soumis de nombreux rapports sonnant l'alarme par rapport aux répercussions désastreuses de la restructuration. Selon un sondage mené en 2009 (Ball et Pike), 55% des infirmières au sein du NHS (N=4 845) de l'ensemble du Royaume-Uni étaient trop occupées pour dispenser des soins adéquats. La charge de travail était le facteur clé derrière la prestation de soins inadéquats. Le document décrit aussi des infractions à la qualité et à la sécurité, notamment une écloison de C. difficile dans des hôpitaux de deux Trusts. Le RCN a découvert des similarités entre ces deux Trusts. « Les deux avaient fait l'objet d'une fusion organisationnelle difficile (qui a eu une incidence sur les mécanismes de gouvernance clinique et d'évaluation des risques), les deux avaient des soucis financiers, offraient des milieux de travail malsains et affichaient des taux très élevés d'occupation... En raison de la pression financière, les Trusts ont réduit encore davantage le nombre, déjà petit, d'infirmières... à partir des commentaires des patients, il est évident que, trop souvent, les soins infirmiers de base n'étaient pas dispensés, ce qui présentait un risque à la sécurité et à la santé des patients. » (p. 16) [Traduction]. En se basant sur les résultats du sondage de 2009, le document du RCN (2010) fait des recommandations par rapport à la dotation axée sur la sécurité, aux niveaux minimaux de dotation, et aux outils de planification des ressources humaines.

Les résultats du plus récent sondage, mené par le RCN (2013b), indiquent que les conditions de travail du personnel infirmier ne se sont pas

améliorées. Selon le sondage, 73% des participants mentionnent une augmentation du stress, et 80% mentionnent une augmentation de la charge de travail. Le stress est aussi mentionné comme principale raison des congés de maladie. Environ 60% des infirmières mentionnent penser à quitter leur emploi. « Si aucune mesure urgente n'est prise pour renverser cette tendance, il y a un risque élevé de voir plusieurs infirmières opter pour la retraite anticipée ou quitter la profession; ce qui nuirait davantage à la capacité de la main-d'œuvre du NHS de répondre aux besoins actuels et futurs. » (RCN, 2013a, p. 15) [Traduction].

Afin d'avoir une voix collective, le RCN s'est récemment allié aux cadres supérieurs du secteur des soins infirmiers, à des organisations professionnelles (Florence Nightingale Association, UNISON, soit le plus grand syndicat de la fonction publique du R.-U.), à des associations de patients (Patients Association) et à des universitaires, dans le but de créer la Safe Staffing Alliance. Le site Web suivant affiche des données démontrant le lien entre les niveaux de dotation infirmière et la qualité de la prestation des soins, ainsi que les recommandations de l'Alliance par rapport à la dotation axée sur la sécurité (voir : <http://www.safestaffing.org.uk/the-alliance/a-nursing-alliance-with-a-firm-and-simple-message-numbers-matter/>). Selon l'Alliance, « un ratio d'une infirmière autorisée pour huit patients (excluant l'infirmière responsable) est le niveau sous lequel il y a un risque significatif de préjudice ». [Traduction]. L'Alliance a récemment publié Safe and Sound: Five New Year Wishes for Nursing (Snell, 2013). Ces « vœux du Nouvel An » se résument à ce qui suit : niveaux minimaux de dotation IA; patients ayant accès à l'information au sujet de la dotation IA; examen annuel, par le conseil d'administration, de la dotation IA, avec participation directe des chefs de direction des soins infirmiers; davantage de pouvoir conféré aux gestionnaires cliniques afin qu'ils puissent adapter les niveaux de dotation et les ressources; et investissement dans la recherche portant sur les soins infirmiers, élaboration d'outils et de méthodes de cueillette de données permettant d'établir un lien entre les infirmières et la qualité et la sécurité des soins dispensés.

Le D^r Donald Berwick, ancien président et chef de direction du Institute for Health Care Improvement, dont le siège social est aux États-Unis, a présidé un groupe consultatif national sur la sécurité des patients en Angleterre. Le mandat du groupe était d'examiner les conclusions des rapports Mid Staffordshire, et recommander des changements au gouvernement

Tableau 3. Améliorer la sécurité des patients en Angleterre (recommandations)

1. Le NHS doit souscrire à une éthique d'apprentissage continu.
2. Tous les leaders se souciant des soins de santé offerts par le NHS (secteurs de la politique, de la réglementation, de la gouvernance, cadres dirigeants, secteur clinique, défense des droits) doivent avoir comme principales priorités la sécurité et la qualité des soins aux patients, lorsque vient le temps « d'investir, investiguer, améliorer, signaler de façon régulière, encourager et appuyer ». (p. 5)
3. Les patients et les membres de la famille devraient être « présents, avoir du pouvoir et participer à tous les paliers des organisations de santé (unités de soins aux conseils d'administration). » (p. 5)
4. Le gouvernement, les éducateurs britanniques en matière de santé, et le NHA devraient assurer un nombre suffisant de personnel bien formé et leur offrir du soutien.
5. Les connaissances en matière de qualité et de sécurité devraient être intégrées aux programmes d'enseignement (formation préparatoire, formation continue) du personnel infirmier et des administrateurs du secteur de la santé.
6. Le NHS devraient souscrire aux principes de « l'organisation apprenante ». Ces principes mettent l'accent sur la participation des principaux intervenants à la résolution de problèmes et à la prise de décisions.
7. « La transparence devrait être complète, non équivoque, et en temps opportun. Toutes les données sur la qualité et la sécurité, recueillies par le gouvernement, les organisations ou les associations professionnelles, devraient être communiquées, en temps opportun et sous une forme accessible, à toutes les parties qui le désirent, y compris le public. » (p. 5)
8. Toutes les organisations devraient faire participer les patients et leur famille au suivi de la qualité et de la sécurité.
9. Les mécanismes de supervision et de réglementation devraient être clairs et ne pas se chevaucher afin que chacun sache ce dont il est responsable.
10. Les organisations devraient avoir des règles adaptées pour assurer une culture de sécurité et non pas une culture de blâme.



britannique et aux cadres supérieurs du NHS (Berwick, 2013). Les recommandations sont résumées au Tableau 3.

Étant donné le tollé général par rapport aux résultats de la restructuration de la main-d'œuvre au sein du NHS, ce dernier a commencé à réinvestir dans sa main-d'œuvre infirmière (Lintern, 2013). Revenir en arrière et réintégrer les IA va demander du temps. Le guide du RCN (2013a) sur la dotation infirmière pertinente demande de « mettre fin à la planification en dents de scie de la main-d'œuvre infirmière ». (p. 23) [Traduction]. Plus récemment, on a annoncé, à BBC news, que les hôpitaux du R.-U. devront publier mensuellement les détails relatifs à leurs niveaux de dotation (voir : <http://www.bbc.co.uk/news/health-24994016>). Tingle (2014) offre un aperçu des mesures gouvernementales pour améliorer la qualité et la sécurité.

Résumé : La restructuration de la main-d'œuvre au sein du NHS Angleterre (depuis les années 1990) a signifié : élimination des IAA, réduction du nombre d'IA, plus grande utilisation du personnel non réglementé, même dans le secteur des soins communautaires où des études établissent un lien positif entre les résultats des patients et la prestation de soins par des IA. Malgré les nombreux signaux d'alarme, notamment les

taux élevés de mortalité des patients, une action publique s'est avérée nécessaire pour obliger le gouvernement à prendre ses responsabilités et rendre compte. L'enquête publique très médiatisée, soit le rapport Francis 2013, recommande de passer de la culture de peur, de blâme et d'intimidation à une culture de sécurité axée sur le patient. Parmi les autres recommandations, mentionnons un suivi plus minutieux des indicateurs de qualité et de sécurité, et une plus grande autonomisation du personnel et des leaders de première ligne afin qu'ils puissent régler les problèmes liés à la dotation et aux ressources, problèmes qui nuisent à la qualité et à la sécurité des soins dispensés. La Safe Staffing Alliance, un regroupement d'associations professionnelles, de leaders infirmiers et d'universitaires, a aussi soumis des recommandations par rapport à la sécurité, notamment des outils de dotation, d'un quart de travail à l'autre, élaborés à partir des données probantes, et des niveaux minimaux de dotation en IA afin d'assurer « un plancher et non un plafond » de dotation. Le groupe consultatif de Berwick a soumis des recommandations similaires qui sont en appui à la création d'une culture de sécurité au sein du NHS. En Angleterre, la convergence des données a donné lieu à plusieurs nouvelles initiatives ciblant la sécurité des patients au sein du NHS, y compris le signalement public et transparent des niveaux de dotation par tous les hôpitaux du NHS.

Europe

La tragédie du Staffordshire Trust du NHS a mis en lumière l'importance d'un suivi actif des données disponibles, ainsi que l'importance de réagir immédiatement. C'est pourquoi il est important d'examiner les données récentes issues d'une étude menée dans neuf pays européens. Cette étude a été financée par la Commission européenne dans le but de fournir des preuves scientifiques aux « décideurs de l'Europe afin qu'ils sachent comment tirer le meilleur rendement de leurs investissements dans la main-d'œuvre infirmière, et pour leur aider à orienter la planification de la main-d'œuvre et prévoir la main-d'œuvre infirmière nécessaire, dans l'avenir, pour répondre aux besoins de la population » (Aiken et al., 2014, p. 2) [Traduction]. L'étude a été menée dans 300 hôpitaux de neuf pays européens (Belgique, Angleterre, Finlande, Irlande, Pays-Bas, Norvège, Espagne, Suède et Suisse). Selon cette étude, une augmentation du nombre d'infirmières ayant un baccalauréat est liée à une diminution des

décès à l'hôpital (Aiken et al.). Ces résultats sont très similaires à ceux des études menées aux États-Unis et au Canada et portant sur la charge de travail et la dotation (voir Berry et Curry, 2012).

Peu de temps après la publication de cette étude, l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO) a publié un énoncé dans le *Toronto Star* demandant aux décideurs du secteur hospitalier de reconsidérer les réductions continues de postes infirmiers. Tel que mentionné dans cet article, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indique que l'Ontario se classe deuxième, après la C.-B., par rapport au plus mauvais ratio IA-population. Ironiquement, en 2012, 12,9% des nouvelles diplômées IA étaient sans travail en Ontario. (Boyle, 2014).

Résumé : La plus récente étude menée en Europe, peu de temps après l'attention médiatique accordée au NHS Angleterre, devrait servir de signal d'alarme aux décideurs canadiens.



Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

**Un regard commun sur les
soins sûrs et de qualité axés
sur le patient**

Vanessa, IA (SIITNL)



Nous pouvons tirer de nombreuses leçons des initiatives de restructuration de la main-d'œuvre. Une restructuration qui est faite adéquatement peut améliorer la communication, la prise de décision en collaboration, et mettre les besoins des patients à l'avant-plan. Cela requiert une formation pertinente et la capacité de faire la distinction entre les champs de pratique des différents fournisseurs de soins. Ainsi, on peut jumeler les ressources infirmières aux besoins des patients. Par contre, les initiatives de restructuration dont le but est d'équilibrer les budgets en réduisant la main-d'œuvre infirmière ont donné des résultats très négatifs, y compris une main-d'œuvre infirmière démoralisée, une augmentation majeure des mauvais résultats chez les patients, et un système de santé en désarroi.

Récemment, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII), Agrément Canada, et l'Institut canadien sur la sécurité des patients ont mené un projet portant sur la sécurité des patients. Un document a été élaboré à partir des tables rondes regroupant patients, membres de la famille, gestionnaires infirmiers, infirmières dispensant des soins directs, représentants syndicaux, et chercheurs en services de soins de santé (AIIC-FCSII, 2014). En collaborant, ces organisations et ces personnes ont uni leurs forces pour examiner la qualité et la sécurité des soins aux patients. Les conclusions tirées des tables rondes font écho à ce qui a été présenté dans ce document : la restructuration de la main-d'œuvre infirmière, à tous les paliers, doit s'appuyer sur les données probantes. Les principaux intervenants doivent participer aux efforts de restructuration. Les données, notamment les indicateurs d'événements indésirables liés aux soins infirmiers, et les données sur les ressources humaines (congrés de maladie, congrés annuels, heures supplémentaires, roulement), devraient être suivies de près et consultées lors de toute activité de restructuration. Selon une participante à l'une des tables rondes, la restructuration non éclairée de la prestation des soins est « une expérience dangereuse ». Les patients s'attendent à être informés lorsque des changements sont apportés à leur traitement, aux protocoles, et aux médicaments. C'est une question d'éthique. Les patients devraient aussi être informés des changements apportés à la prestation des soins, et ils ont besoin de savoir comment ces changements pourraient influencer leurs résultats. C'est une question de responsabilisation.

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Considérations juridiques

Melanie, IP (SIIPE)



Il y a plusieurs façons de régler les problèmes de sécurité engendrés par une mauvaise restructuration de la main-d'œuvre. Les milieux de travail de chaque province et territoire ont mis en place des processus pour signaler les inquiétudes par rapport à la sécurité et trouver, en collaboration, des solutions. Certains de ces processus, dictés par les infirmières, ont été négociés dans le cadre de conventions collectives. De plus, des délégués syndicaux sont généralement disponibles pour parler des préoccupations des infirmières et offrir des conseils. Certains problèmes peuvent être résolus dans le cadre de discussions entre l'infirmière et le gestionnaire. Toutefois, d'autres avenues existent, par exemple, la documentation officielle (formulaires de responsabilité professionnelle) qui exige une

enquête de la part de la direction et une résolution du problème (voir : Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario à : http://www.ona.org/francais/pratique_professionnelle.html .

Peut-on faire quelque chose à un autre palier que celui de l'infirmière individuelle pour régler les problèmes liés à une restructuration de la main-d'œuvre engendrant des risques? Chaque province et territoire ont une législation en matière de santé et de sécurité au travail, par exemple, le *Workers Compensation Act* de la C.-B. Ces lois protègent les fournisseurs de soins de santé et leur permettent de refuser un travail dangereux. Voir : http://www.bclaws.ca/Recon/document/ID/freeside/96492_00.

La prochaine section illustre les actions en justice possibles pour les infirmières de trois provinces : Ontario, Nouvelle-Écosse et Saskatchewan. La recherche a été faite par Gavin Gardener, conseiller juridique pour la FCSII. Nous tenons à souligner que ces exemples sont fournis en précisant que la législation varie d'une province à l'autre.

Ontario

En Ontario, la législation en matière de santé et de sécurité au travail limite le droit des infirmières à refuser un travail dangereux. Toutefois, il y a d'autres moyens juridiques pouvant être utilisés par les infirmières ontariennes pour influencer les pratiques de dotation et la restructuration de la main-d'œuvre. De plus, les dispositions relatives à l'exercice de la profession, comprises dans la plupart des conventions collectives de la province, permettent aux infirmières de soumettre leurs inquiétudes par le biais de formulaires sur la charge de travail.

Législation

En Ontario, la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, Chapitre O,1, section 43,2(d), limite le droit des infirmières ontariennes de refuser un travail dangereux s'il est inhérent à son travail (43.1(a)) ou si son refus mettrait en danger la vie, la santé ou la sécurité d'une autre personne (43.1(b)). Malheureusement, en raison de la première restriction en particulier, il serait difficile pour les infirmières ontariennes de soulever

des problèmes de sécurité liés à la charge de travail et couverts par cette loi. Toutefois, il y a des règlements en matière de santé et sécurité au travail dans *Établissements d'hébergement et de soins de santé, Règlement de l'Ontario 67/93*, sections 8 et 9. En vertu de ces règlements, les employeurs doivent, en consultation avec le comité mixte de santé et de sécurité, élaborer des procédures pour assurer des pratiques de travail sécuritaires (9.1.1) et des conditions de travail sécuritaires (9.1.2). Rien ne suggère que ces dispositions ne puissent pas inclure des règlements sur les niveaux sécuritaires de dotation et la restructuration de la main-d'œuvre.

L'Ontario est la province qui arrive presque à avoir une réglementation, fixée par la loi, sur la composition du personnel et la main-d'œuvre infirmière. La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* est la première du genre au Canada à exiger des études et des données pour éclairer la planification des soins de santé. La section 12.1.c vise la promotion des soins de santé qui sont fondés sur les meilleures preuves scientifiques disponibles. Plus particulièrement, en vertu de la section 12.1.c.i de cette loi, des comités ont l'autorité de faire des recommandations aux organisations de santé, et autres entités, sur les normes de soins du système de santé, en fonction des lignes directrices et des protocoles établis pour la pratique clinique ou relativement à ces derniers.

Conformément à la section 3 de cette loi, chaque organisation de santé de l'Ontario devra créer un comité de qualité chargé de faire le suivi des problèmes liés à la qualité des soins, y compris la qualité de l'ensemble des services dispensés par l'organisme de soins de santé, et en rendre compte à l'organisme responsable (section 4.1). Ces comités devront veiller à ce que les données recueillies soient adéquatement archivées, et superviser la préparation des plans annuels d'amélioration de la qualité (section 4.4).

Ces deux fonctions sont consultatives et ne ciblent pas directement la réglementation de la composition du personnel infirmier. Toutefois, elles donnent une orientation fondée sur la recherche et les pratiques exemplaires, et permettent au public d'avoir accès à des rapports qui peuvent être utilisés pour influencer les décideurs.

En Ontario, la profession infirmière est régie par la *Loi de 1991 sur les infirmières et infirmiers*, L.O. 1991, chapitre 32, ainsi que par la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*, L.O. 1991, chapitre 18. Ces deux lois délèguent l'établissement des normes de pratique à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO). En vertu de cette autorité, l'OIIO exige, par exemple, du personnel infirmier autorisé de l'Ontario ce qui suit : promouvoir les meilleurs soins possibles pour les patients, se porter à la défense des patients, assurer le respect des normes d'exercice, et agir lorsque la sécurité des patients est compromise (OIIO, 2002, p. 4). Chacune de ces exigences peuvent subir l'impact d'une dotation inadéquate.

Les infirmières surveillantes sont plus particulièrement en position d'assurer une dotation adéquate respectant les lignes directrices de l'OIIO. On demande aux infirmières surveillantes de prendre des décisions qui seront dans l'intérêt véritable de la profession et des clients, non pas de l'employeur. Elles ont la responsabilité de promouvoir un milieu de travail de qualité qui favorise la prestation de soins sûrs, efficaces et conformes à l'éthique (OIIO, 2002, p.4).

Conventions collectives

La majorité des IA autorisés de l'Ontario sont couverts par des conventions collectives négociées par l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO). La convention collective prévoit, tout comme les lois de la province, des mécanismes juridiques permettant aux infirmières de régler les problèmes liés à la dotation. Par rapport au remplacement des quarts de travail et à la participation à la restructuration de la main-d'œuvre, il existe un processus pour soumettre les problèmes liés à la charge de travail et à l'exercice de la profession. Ce processus est décrit dans trois conventions collectives : Convention collective de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (article 8); Modèle : les centres d'accès communautaires (article 24); et Modèle pour les maisons de retraite participantes (article 19). L'AIIO a élaboré un formulaire « Responsabilité professionnelle – Rapport sur la surcharge de travail ». Grâce à ce formulaire, les infirmières peuvent signaler, conformément aux dispositions

de la convention collective, les problèmes liés à la responsabilité professionnelle et à la charge de travail.

L'article 8.01 de la Convention collective de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario prévoit un comité indépendant d'évaluation chargé d'examiner les inquiétudes des IA par rapport aux problèmes liés à l'exercice de la profession, l'acuité des besoins des patients, la fluctuation des charges de travail et des effectifs. Le but étant de résoudre, de façon proactive, ces problèmes. Cette disposition se retrouve aussi dans différents articles des conventions collectives de l'AIIO. Les rapports de ces comités indépendants d'évaluation sont affichés sur le site Web de l'AIIO.

Nouvelle-Écosse

Sur le plan législatif, les infirmières de la Nouvelle-Écosse ont relativement peu d'options pour exercer un contrôle sur les changements à la main-d'œuvre, et s'assurer que le remplacement se fasse par une personne de compétence égale. Toutefois, la nouvelle convention collective entre le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse (SIINÉ) et les autorités sanitaires de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia Health Authorities) prévoit un nouveau libellé relatif aux inquiétudes liées à la charge de travail et à la mesure de l'acuité des besoins. C'est un modèle pour plusieurs autres conventions collectives du pays.

Législation

La section 43 du *Occupational Health and Safety Act*, SNS 1996, C 7, de la Nouvelle-Écosse permet aux employés de refuser un travail dangereux.

Les responsabilités professionnelles sont énoncées par le College of Registered Nurses of Nova Scotia, organisme de réglementation de la profession dans la province, conformément à la section 4.d.iii de la *Registered Nurses Act*, SNS, 2006, c.21. Le conseil du College a adopté le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers 2008* de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada pour les membres de la Nouvelle-Écosse. Soulignons tout particulièrement les responsabilités professionnelles suivantes : « Les infirmières remettent en question

et cherchent à contrer les pratiques ou les conditions qui, n'étant pas favorables à la sécurité, à la compassion, à l'éthique ou à la compétence, nuisent à leur capacité de prodiguer des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique, et elles appuient les autres personnes qui font de même » (AIIC, 2008, p. 41).

Conventions collectives

La convention collective entre le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse et les Nova Scotia Health Authorities, signée le 14 janvier 2014 et prenant fin le 31 octobre 2014, comprend un nouveau libellé, à l'article 17, relativement à la capacité. Conformément à cette nouvelle disposition, toute IA ou IAA couverte par la convention collective peut soumettre un Rapport de capacité clinique si elle juge que la sécurité du patient est compromise en raison des niveaux de dotation, y compris ne pas remplacer le personnel prévu à l'horaire par du personnel de compétence égale. Cette nouvelle approche, qui remplace les rapports sur les conditions de travail prévus dans d'autres conventions collectives du pays, comprend une évaluation de l'acuité des besoins, des délais plus clairs, et la possibilité de s'adresser à des cadres supérieurs.

Saskatchewan

Comme c'est le cas pour l'Ontario et la Nouvelle-Écosse, la législation de la Saskatchewan en matière de santé et de sécurité au travail, et la législation ciblant les soins infirmiers, offrent aux infirmières peu de latitude pour régler les problèmes liés aux conditions de travail dangereuses. Les conventions collectives des IA de la Saskatchewan renferment aussi un libellé pouvant être utilisé pour promouvoir des niveaux sécuritaires de dotation et limiter les initiatives de restructuration qui vont dans la mauvaise direction.

Législation

Aucune législation de la Saskatchewan ne cible directement la composition optimale du personnel infirmier. Toutefois, il y a plusieurs lois décrivant le rôle et le champ de pratique des infirmières de la province. Les IA de la Saskatchewan peuvent s'appuyer sur de nombreux textes législatifs qui

régissent plusieurs volets de leur pratique, pour présenter des arguments justifiant le remplacement d'une IA par une IA, et pour s'opposer à une restructuration de la main-d'œuvre présentant des risques pour les patients.

Premièrement, *The Registered Nurses Act, 1988*, décrit les exigences pour l'obtention du permis ainsi que le niveau de compétence requis par les IA pour obtenir leur permis d'exercer leur profession en Saskatchewan. Plusieurs des pouvoirs sont délégués à la Saskatchewan Registered Nurses Association (SRNA).

Tel qu'énoncé dans les normes de pratique 2013 de la SRNA (*Standards and Foundation Competencies for the Practice of Registered Nurses*), une IA doit, en vertu de la première norme, « se porter à la défense et intervenir, au besoin, pour assurer la sécurité du patient », et « déterminer, signaler et agir par rapport à des pratiques ou des situations dangereuses, actuelles ou potentielles, posant un risque pour les clients, les membres de l'équipe de soins ou autres. » (SNRA, 2013, p. 9) [Traduction]. Les IA qui ne respectent pas ces normes de pratique, y compris les IA occupant des postes de supervision, et qui sont responsables des niveaux de dotation et de la restructuration de la main-d'œuvre, pourraient être signalées à l'organisme d'attribution des permis pour non-respect des normes.

Comme pour d'autres provinces, les IA autorisées de la Saskatchewan sont couvertes par le *Occupational Health and Safety Act, 1993*, c O-1.1. En plus des dispositions comprises dans leur convention collective, les dispositions du *Occupational Health and Safety Act, 1993*, c O-1.1, prévoient un mécanisme juridique pour mettre fin aux restructuration de la main-d'œuvre pouvant poser des risques.

Plus particulièrement, la section 23 de cette loi pourrait donner aux infirmières le pouvoir de mettre fin à une restructuration pouvant poser des risques car il est énoncé que tout employé a le droit de refuser un travail jugé dangereux. Cette disposition permettrait de contester les niveaux de dotation non sécuritaires ou les décisions de restructuration qui compromettent la sécurité des infirmières ou des patients. Bien que cette disposition soit très souvent citée, des décisions judiciaires récentes, notamment *Société canadienne des postes c. Pollard, 2007, FC 1362* et

Verville c. Canada (Services correctionnels), 2004, FC 762, ont permis de vraiment savoir ce qui est considéré suffisamment dangereux pour que l'on parle de milieu de travail présentant des risques (du moins selon le code fédéral du travail).

Conventions collectives

La grande majorité des IA de la Saskatchewan sont couvertes par la convention collective entre le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan (SIIS) et la Saskatchewan Association of Health Organizations (SAHO). En plus des lois de la province, la convention collective prévoit, tout comme les lois de la province, des mécanismes juridiques permettant aux IA de signaler les problèmes liés à la dotation.

Les employeurs doivent respecter les normes professionnelles établies dans l'article 58 de la plus récente convention collective entre le SUN et la SAHO, et ratifiée le 1^{er} avril 2012. L'article 58.05, en particulier, permet aux IA de signaler la dotation inadéquate et les autres problèmes liés à la composition de la main-d'œuvre, pouvant les empêcher de respecter leurs normes professionnelles.

L'article 56 de la convention collective prévoit un comité consultatif infirmier permettant aux IA de documenter les problèmes et les acheminer au comité qui, à son tour, les acheminera à l'employeur. Soulignons que l'article 56 permet de documenter les incidents par l'intermédiaire de rapports précisant les conditions de travail qui les empêchent de dispenser des soins compétents de la plus grande qualité. Tout comme c'est le cas en Ontario et en Nouvelle-Écosse, les problèmes liés à la charge de travail peuvent se retrouver devant un comité indépendant d'évaluation. En Saskatchewan, les décisions de ce comité sont exécutoires pour autant qu'elles ciblent les problèmes liés à la charge de travail des IA.

L'article 37.16 est une disposition particulière de la convention collective des infirmières de la Saskatchewan. Elle peut être utilisée pour explorer les niveaux de dotation à un macro-niveau. Elle prévoit le remplacement à temps plein, et autre, pour les quarts de travail existants. Conformément à cet article, l'employeur doit faire une analyse annuelle de l'utilisation des

congé par les employés actuels. Des postes sont alors créés afin de tenir compte des postes vacants en se basant sur les données antérieures. Cette disposition est un outil innovateur et préventif, et assure des niveaux de dotation sécuritaires en tout temps.

Résumé : Il y a des mesures à la disposition des infirmières pour signaler des conditions dangereuses. Le droit des infirmières de refuser de travailler dans des conditions dangereuses varie d'une province à l'autre. Les législations, ainsi que les protections acquises dans le cadre des négociations collectives, varient aussi d'une province à l'autre. Les infirmières doivent être proactives et utiliser les mécanismes juridiques disponibles pour se porter à la défense de la qualité et de la sécurité des soins axés sur les patients.

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

**En guise de conclusion
et recommandations**



Margo, IA (SIINB)

Où en sommes-nous par rapport à la restructuration de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé?

Il ne fait aucun doute que les soins de santé sont dispendieux et que les budgets sont limités. Il faut affecter les ressources en se basant sur les meilleures données disponibles. Des études menées au Canada et dans le monde entier peuvent nous aider à déterminer les meilleures stratégies de restructuration et, ainsi, assurer la qualité et la sécurité des soins axés sur le patient. Est-ce que les décideurs vont enfin tirer des leçons des pratiques exemplaires et tenir compte des erreurs des autres?

Ces recommandations se basent sur les données mentionnées dans ce document.

1. Les outils d'évaluation des besoins des patients (par exemple, le modèle Synergy) doivent être utilisés pour déterminer les besoins des patients en se basant sur les données probantes, et pour favoriser la collaboration entre les infirmières et les infirmières gestionnaires lors de la prise de décisions relatives à la dotation, en temps réel, et d'un quart de travail à l'autre.
2. Les organisations de santé et leurs cadres dirigeants doivent déployer des efforts pour créer des milieux de travail de type aimant (Magnet) et, ainsi, favoriser la meilleure prestation possible de soins sûrs et de qualité. Les milieux de type aimant sont reconnus pour leur leadership infirmier efficace à tous les paliers de l'organisation (premières lignes, cadres intermédiaires, cadres supérieurs), le travail d'équipe axé sur la collaboration, la pertinence de la dotation, l'efficacité de la communication, et le contrôle pouvant être exercé par l'infirmière sur sa pratique (autonomie clinique, gouvernance partagée).
3. Lorsque les besoins des patients ont été déterminés, les besoins en matière de soins doivent être déterminés en se basant sur le niveau de scolarité, les qualifications et les compétences des infirmières. Les champs de pratique des infirmières devraient faire une distinction claire entre le niveau de scolarité, les connaissances de base et les compétences des trois groupes d'infirmières réglementées.
4. Une fois les qualifications et les compétences de l'infirmière jumelées aux besoins particuliers des patients, les infirmières devraient seulement être remplacées par des infirmières ayant le même niveau d'études, les mêmes qualifications et compétences. La politique de remplacement par une personne d'égale compétence et qualifications (*like for like*) assure le remplacement des IA par des IA, le remplacement des IAA par des

IAA, et le remplacement des infirmières psychiatriques autorisées par des infirmières psychiatriques autorisées.

5. La formation sous-jacente au champ de pratique des infirmières doit se faire dans le cadre de programmes approuvés, offerts dans des établissements accrédités.
6. Le remplacement d'une infirmière par une infirmière qui n'a pas les mêmes compétences devrait rarement se faire (par exemple, lors d'un nombre inhabituel d'infirmières téléphonant pour dire qu'elles sont malades). Remplacer les fournisseurs de soins par des fournisseurs d'une classification différente (une IAA remplaçant une IA) ne devrait pas être la solution typique pour assurer la dotation adéquate. Si cela survient, l'infirmière responsable devrait alors documenter les faits à l'appui de cette décision et fournir des preuves selon lesquelles la sécurité des patients n'est pas compromise.
7. La clarté du champ de pratique permet d'éviter la confusion des rôles, la fragmentation des soins et une mauvaise utilisation du personnel infirmier. Les organismes de réglementation, les syndicats et les personnes chargées des programmes de formation en sciences infirmières devraient collaborer pour assurer la clarté des champs de pratique.
8. La clarté du champ de pratique et des rôles doit être reflétée dans les politiques de l'employeur et les descriptions d'emploi. Ces documents doivent préciser les distinctions, en matière de réglementation et de formation, entre les IA, les IAA et les infirmières psychiatriques autorisées, ainsi que les distinctions entre les fournisseurs de soins réglementés et non réglementés.
9. Les patients et leur famille doivent être présents, avoir du pouvoir, et participer aux initiatives visant l'amélioration de la qualité et de la sécurité, à tous les paliers du système de soins de santé.

10. Les données normalisées sur les événements indésirables liés aux soins infirmiers (par exemple, indicateurs des facteurs liés aux soins infirmiers, notamment structure des soins, processus de soins, résultats des soins) doivent être recueillies et signalées, et il faut agir en temps opportun s'il y a lieu. Ces données devraient être transparentes et d'accès public.
11. Les données sur la prestation des soins, notamment les niveaux de dotation et la composition du personnel, doivent être d'accès public afin d'assurer la transparence et la responsabilisation de l'organisation. Les données sur les événements indésirables liés aux soins infirmiers au sein des unités doivent être comparées aux données sur la prestation des soins.
12. Il faut, à tous les paliers de l'organisation, des examens officiels réguliers des données administratives (par exemple, heures supplémentaires, absentéisme, postes vacants, niveaux de dotation) et des données sur les événements indésirables liés aux soins infirmiers. Les gestionnaires infirmiers de tous les paliers doivent participer à ces examens et avoir l'autorité d'adapter la prestation des soins afin d'assurer des soins sûrs et de qualité, axés sur le patient.
13. Le processus d'examen des formulaires de responsabilité professionnelle et des rapports d'incidents doit être amorcé dans un délai fixé, et les recommandations doivent aussi être mises en œuvre dans un délai fixé.

Valoriser la sécurité des patients
Structure responsable de la main-d'œuvre

Références



Paula, IA (SIINB)

Academy of Canadian Executive Nurses. (2011). *National nursing quality report*. <http://acn.ca/about/nnqr-canada/>

Aiken, L. et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*. Doi: [org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).

Alberta Canada. (2014). *Working in Alberta: Licensed practical nurses*. <http://www.albertacanada.com/immigration/working/hc-nurses-lpn.aspx>

American Nurses Association. (2013). *Nurse staffing plans and ratios*. <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/Policy-Advocacy/State/Legislative-Agenda-Reports/State-StaffingPlansRatios>

Armstrong, K., Laschinger, H., & Wong, C. (2009). Workplace empowerment and magnet hospital characteristics as predictors of patient safety climate. *Journal of Nursing Care Quality, 24*(1), 55-62.

Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2005). *Cadre d'évaluation pour déterminer l'incidence des décisions sur la composition du personnel infirmier*. http://www.nurseone.ca/docs/NurseOne/KnowledgeFeature/StaffMix/Evaluation_Framework_2005_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2007). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. <http://www.cna-aiic.ca/fr/devenir-infirmiere-autorisee/la-pratique-des-soins-infirmiers>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa, ON : AIIC. http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/files/fr/code_of_ethics_2008_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Énoncé de position : l'infirmière praticienne*. http://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20fr/ps_nurse_practitioner_f.pdf

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012). *Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité*. <http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleurs-soins/resultats-pour-le-personnel-et-pour-le-patient/cadre-decisionnel-de-la-composition-du-personnel>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). *Tableau : les infirmières autorisées et la formation au niveau du baccalauréat*. <http://www.cna-aiic.ca/fr/devenir-infirmiere-autorisee/formation/tableau-les-infirmieres-autorisees-et-la-formation-au-niveau-du-baccalaureat>

Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario [AIIAO]. (2010). *La fatigue des infirmières et la sécurité des patients*. <http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/meilleurs-soins/securete-du-patient/la-fatigue-des-infirmieres-et-la-securete-des-patients>

Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] et Commission nationale d'experts. (2013). *Un appel à l'action infirmières : la santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. <http://www.cna-aiic.ca/fr/les-enjeux/commission-nationale-dexperts>

Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers [FCSII]. (2014). *Quality Patient Care Roundtable Report*. Ottawa : Auteurs. Sous presse.

Association of Registered Nurses of Prince Edward Island [ARNPEI]. (2009). *Exemplary care: RNs and LPNs working together*. <http://www.arnpei.ca/images/documents/RNsandLPNsWorkingTogether.pdf>

- Bach, S., Kessler, I., & Heron, P. (2008). Role redesign in a modernized NHS: the case of health care assistants. *Human Resource Management Journal*, 18(2): 171-187.
- Baker, G.R. et al. (2008). *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*. Toronto, Ontario: Longwoods Publishing.
- Ball, J., & Pike, G. (2009). *Past imperfect, future tense: Nurses' employment and morale in 2009*. London, UK: Royal College of Nursing. https://www.rcn.org/___data/assets/pdf_file/0005/271364/003545.pdf
- BBC News. (November 19, 2013). Hospitals in England told to publish nurse staffing levels. <http://www.bbc.co.uk/news/health-24994016>
- Bellchambers, H., & McMillan, M. (2007). The critical elements within a journey towards the achievement of quality use of medications. *Collegian*, 14(1): 31-36.
- Berry, L., et Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. Ottawa, Ontario : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.
- Berwick, D. (2013). *A promise to learn – a commitment to act. Improving the safety of patients in England*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf
- Besner, J. et al. (2005). *A systematic approach to maximizing nursing scopes of practice*. http://www.calgaryhealthregion.ca/hswru/documents/reports/MNSOP_Final%20Report_Sept%202005.pdf
- Birch, S., Kephart, G., Tomblin Murphy, G. et al. (2007). Human resources planning and the production of health: A needs-based analytical framework. *Canadian Public Policy*, 33(Suppl 1): 1-16.
- Black, J. et al. (2008). Competencies in the context of entry-level registered nurse practice: a collaborative project in Canada. *International Nursing Review*, 55(2), 171-178.
- Blastorah, M. et al. (2010). Development and evaluation of an RN/RPN utilization toolkit. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23, 33-50.
- Boblin, S., Baxter, P., Alvarado, K., Baumann, A., & Akhtar-Danesh, N. (2008). Registered nurses and licensed/registered practical nurses: A description and comparison of their decision-making process. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 21(4), 56-72.
- Boyle, T. (2014). Nurses say hospital 'dangerous,' but CEO denies charge. *The Toronto Star*. http://www.thestar.com/life/health_wellness/2014/02/28/humber_river_hospital_dangerous_says_nurse_association_ceo_denies_the_charge.html
- British Columbia Nurses Union website. (2013). Care Delivery Model Redesign (CDMR). <https://www.bcnu.org/Campaigns/TakeAction.aspx?actionid=1>
- Chaboyer, W. et al. (2008). A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1274-1284.

Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité. (2007). *À notre portée : une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain*. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé. <http://www.qwqhc.ca/docs/2007-QWQHC-A-Notre-Porte.pdf>

College of Licensed Practical Nurses of Manitoba. (2011). *Understanding scope of practice*. <http://www.clpnm.ca/docs/scope.pdf>

College of Registered Nurses of British Columbia. (2008). *Scope of practice for registered nurses: standards, limits, conditions*. <https://crnbc.ca/Standards/Lists/StandardResources/433/ScopeforRegisteredNurses.pdf>

Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/nurs-infir/2002-cnac-cccsi-final/index-fra.php>

Curley, M. (2007). *Synergy: the unique relationship between nurses and patients*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.

Department of Health and Human Services [DHHS], USA. (2014). *Adverse events in skilled nursing facilities: national incidence among Medicare beneficiaries*. <http://oig.hhs.gov/oei/reports/oei-06-11-00370.pdf>

DeWitt, L. (2009). Licensed practical nurses in the PACU. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 24(6), 356-361.

Doran, D. (2003). *Nursing-Sensitive Outcomes: State of the Science*. Mississauga, Ontario: Jones and Bartlett Publishers Canada.

Doran, D. et al. (2006). Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in Nursing & Health*, 29(1): 61-70.

Dubois, C.-A., Dixon A., & McKee, M. (2007). Reshaping the regulation of the workforce in European healthcare systems. In: Dubois C.-A. & McKee, M. (Eds.) *Human Resources for Health in Europe*. England, OUP, 173-192.

Dubois, C.-A., & Singh, D. (2009). From staff-mix to skill-mix and beyond: towards a systematic approach to health workforce management. *Human Resources for Health*, 7(87), 1-19.

Ellis, J., Priest, A., MacPhee, M., et McCutcheon, A. (2006). *Allier dotation et sécurité : synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient*. Ottawa, Ontario : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/pdf/researchReports/commissionedResearch/staffing_for_safety_policy_synth_f.pdf

Evans, R. (2009). There's no reason for it, it's just our policy. *Healthcare Policy*, 5(2): 14-24.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS]. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/pscomcare_f.pdf

Francis, R. (2010). *Robert Francis inquiry report into Mid-Staffordshire NHS Foundation Trust*. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_113018

Francis, R. (2013). *Independent Inquiry into Care Provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005-March 2009: Volume 1*. <http://www.midstaffspublicinquiry.com/report>

Friese, C. R., Lake, E. T., Aiken, L. H., Silber, J. H., & Sochalski, J. (2008). Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Services Research, 43*(4), 1145-1163.

Gaudine, A., & Lamb, M. (2014). *Nursing leadership and management: working in Canadian healthcare organizations*. Toronto, ON: Pearson Canada.

Griffiths, P., Murrells, T., Maben, J., Jones, S., & Ashworth, M. (2010). Nurse staffing and quality of care in the UK general practice. *British Journal of General Practice, January*: 3e6-e48.

Harris A., et McGillis Hall, L. (2012). *Données probantes pour éclairer le processus décisionnel de la composition du personnel : recherche documentaire thématique*. Ottawa, Ontario : Association des infirmières et infirmiers du Canada. http://nurseone.ca/docs/NurseOne/KnowledgeFeature/StaffMix/Staff_Mix_Literature_Review_f.pdf

Harvey, A., & Priddy, C. (2012). Collaborative practice: Matching staff skills to patient needs and checking baseline staffing levels. *Healthcare Management Forum, 24*(4), 184-187.

Hudson, P. (2003). Applying the lessons of high risk industries to health care. *Quality and Safety in Healthcare, 12*(Suppl 1): i7-i12.

Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]. (2013). *Infirmières règlementées : tendances canadiennes, 2007 à 2011*. http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/icis-cihi/H115-48-2011-fra.pdf

Jacob, E., McKenna, L., & D'Amore, A. (2013). The changing skill mix in nursing: considerations for and against different levels of nurse. *Journal of Nursing Management*. Doi: 10.1111/jonm.1262.

Kalisch, B., & Lee, H. (2010). The impact of teamwork on missed nursing care. *Nursing Outlook, 58*, 233-241.

Kalisch, B., & Lee, H. (2013). Variations of nursing teamwork by hospital, patient unit, and staff characteristics. *Applied Nursing Research, 26*, 2-9.

Kalisch, B., Lee, H., & Rochman, M. (2010). Nursing staff teamwork and job satisfaction. *Journal of Nursing Management, 18*, 938-947.

Kalisch, B., Weaver, S., & Salas, E. (2009). What does nursing teamwork look like? A qualitative study. *Journal of Nursing Care Quality, 24*(4), 298-307.

- Kelly, L. A., McHugh, M. D., & Aiken, L. H. (2011). Nurse outcomes in Magnet® and non-Magnet hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 41(10), 428-433.
- Keogh, B. (2013). Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: overview report. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keogh-review/Documents/outcomes/keogh-review-final-report.pdf>
- Kessler, I., Bach, S., & Heron, P. (2006). Occupational boundaries in the public services: assistant roles in social care. *Work, Employment & Society*, 20(4): 667-685.
- Kimball, B., Joynt, J., Cherner, D., & O'Neil, E. (2007). The quest for new innovative care delivery models. *Journal of Nursing Administration*, 37(9), 392-398.
- Kramer, M., & Schmalenberg, C. E. (2005). Best quality patient care: a historical perspective on Magnet hospitals. *Nursing Administration Quarterly*, 29(3), 275-287.
- Laschinger, H. (2008). Effect of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality: further testing the nursing worklife model. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 322-330.
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Viens, C., Brabant, L., & Gelinas, C. (2006). Towards an integrated approach to the management of ageing nurses. *Journal of Nursing Management*, 14(3), 207-212.
- Lemieux-Charles, L., & McGuire, W. L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.
- Lintern, S. (2013). Exclusive: 'Francis effect' leads to thousands more nursing posts. *Nursing Times*, October 20, 2013. <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/management/exclusive-francis-effect-leads-to-thousands-more-nursing-posts/5064458.article>
- Livornese, K. (2012). The advantages of utilizing LPNs. *Nursing Management*, August, 19-20.
- MacPhee, M., Jewell, K., Wardrop, A., Ahmed, A., & Mildon, B. (2010a). British Columbia's Provincial Nursing Workload Project: Evidence to Empowerment. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(1), 54.
- MacPhee, M., Wardrop, A., & Campbell, C. (2010b). Transforming work place relationships through shared decision making. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 1016-1026.
- Martin-Misener, R. et al. (2010). Education of advanced practice nurses in Canada. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23 (Special Issue), 61-84.
- Massachusetts Nurses Association. (2009). Safe staffing: Are hospitals putting 'Patients First?' <http://www.massnurses.org/legislation-and-politics/safe-staffing/p/openItem/2592>
- McCloskey, B., & Diers, D. (2005). Effects of New Zealand's health reengineering on nursing and patient outcomes. *Medical Care*, 43(11): 1140-1146.

McGillis Hall, & Doran, D. (2004). Nurse staffing, care delivery model and patient care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 19(1), 27-33.

Monitor. (2013). *Review of NHS foundation trusts' annual plans (2012/2013)*. <http://www.monitor-nhsft.gov.uk/home/news-events-and-publications/our-publications/browse-category/reports-nhs-foundation-trusts/rev>

Nankervis, K., Kenny, A., & Bish, M. (2008). Enhancing scope of practice for the second level nurse: a change process to meet growing demand for rural health services. *Contemporary Nurse*, 29(2): 159-173.

National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. (2009). *Deaths in acute hospitals. Caring to the end?* <http://www.ncepod.org.uk/2009dah.htm>

Nova Scotia Nurse's Union and Nova Scotia Health Authorities. (2014). *Collective Agreement between Nova Scotia Nurses' Union and Nova Scotia Health Authorities, November 1, 2012, to October 31, 2014*. Nova Scotia: NSNU.

O'Brien-Pallas, L., & Baumann, A. (2000). Toward evidence-based policy decisions: A case study of nursing health human resources in Ontario, Canada. *Nursing Inquiry*, 7: 248-257.

Oelke, N. et al. (2008). Nursing workforce utilization: an examination of facilitators and barriers on scope of practice. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 21(1), 58-71.

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2002). *Normes professionnelles*. Toronto, ON.

Practical Nursing Online. (2014). *LPN programs in Canada*. <http://practicalnursingonline.com/category/lpn-programs/lpn-programs-in-canada/>

Pringle, D., Green, L., Johnson, S., et Downey, M. (2004). *L'enseignement des soins infirmiers au Canada : historique et capacité actuelle Capacity*. Ottawa, Ontario : Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers.

Pronovost, P. et al. (2006). Creating high reliability in healthcare organizations. *Health Services Research*, 41(4): 1599-1617.

Rafferty, A. et al. (2007). Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 175-182.

Registered Psychiatric Nurses of Canada [RPNC]. (2008). *Position Statement on Baccalaureate Preparation as Entry to Practice in Psychiatric Nursing*. <https://www.crpna.ab.ca/pdf/POSITION%20STATEMENT%20-%20BACCAL%20Prep%20%20-FINAL%20Approved%20June%202008.pdf>

Royal College of Nursing [RCN]. (2010). *Guidance on safe nurse staffing levels in the UK*. http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf

Royal College of Nursing [RCN]. (2013a). *Frontline first: running the red light*. http://royalnursing.3cdn.net/e678a38646d8d670b1_rdm6bgu19.pdf

- Royal College of Nursing [RCN]. (2013b). RCN employment survey. http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/541292/Employment_Survey_2013_004_503_FINAL_100214.pdf
- Rozdilsky, J., & Alecxu, A. (2012). Saskatchewan: improving patient, nursing and organizational outcomes utilizing formal nurse-patient ratios. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 25*, 103-113.
- Safe Staffing Alliance. (2013). Safe staffing alliance consensus statement. *Nursing Standard, 27*(37): 19.
- Santé Canada. (2006). Questions de soins infirmiers : formation. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/nurs-infirm/onp-bpsi-fs-if/2006-educ-fra.php>
- Saskatchewan Registered Nurses' Association. (2013). *Standards and Foundation Competencies for the Practice of Registered Nurses, Article 14 and 16*. Regina, SK: Author.
- Seago, J., Spetz, J., Chapman, S., & Dyer, W. (2006). Can the use of LPNs alleviate the nursing shortage? *American Journal of Nursing, 107*(7), 40-49.
- Sidani, S., Doran D., & Mitchell, P. (2004). A theory-driven approach to evaluating quality of nursing care. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(1): 60-65.
- Snell, J. (2013). A nursing alliance with a firm and simple message: numbers matter. *Nursing Standard, 27*(18). <http://www.safestaffing.org.uk/the-alliance/a-nursing-alliance-with-a-firm-and-simple-message-numbers-matter/>
- Sutcliffe, K. (2011). High reliability organizations. *Best Practice & Research Clinical Anesthesiology, 25*: 133-144.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education, 45*(6), 204-211.
- Tingle, J. (2014). Francis Report: the government accepts recommendations. *British Journal of Nursing, 23*(2), 108-110.
- Tomblin Murphy, G., & MacKenzie, A. (2013). Using evidence to meet population healthcare needs: Successes and challenges. *Healthcare Papers, 13*(2): 9-21.
- Weinberg, D., Cooney-Miner, D., Perloff, J., Babington, L., & Avgar, A. (2011). Building collaborative capacity: promoting interdisciplinary teamwork in the absence of formal teams. *Medical Care, 49*(8), 716-723.
- Weston, M. J. (2008). Defining control over nursing practice and autonomy. *Journal of Nursing Administration, 38*(9), 404-408.
- White, D. et al. (2008). Nursing scope of practice: descriptions and challenges. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 21*(1), 44-57.



Rachel, IA (IIUA)