



À la croisée de la politique et des soins infirmiers de première ligne

Cadre de travail pour déterminer la pertinence d'un système
de soins de santé viable et axé sur la sécurité

Août 2014



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

www.fcsii.ca

2841, promenade Riverside

Ottawa (Ontario) K1V 8X7

613-526-4661

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut cependant être utilisé à des fins éducatives et non commerciales si la FCSII est citée comme source.

Gestionnaire de projet : Linda Silas

Équipe du projet : Arlene Wortsman, Oxana Genina, Katarina Oestreich

Traduction : Carole Aspiros

Recherche et rédaction : Janet Davies et Carol Reichert

Août 2014

Conception et mise en page : Madeleine Gagné de Communicarium

Imprimé et relié au Canada par Imprimerie Plantagenet Printing

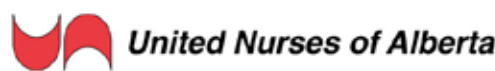
Table des Matières

Lettre aux premiers ministres	i
Résumé	iv
Introduction	1
Le Cadre de Travail	3
Le Cadre de Travail : Revue de la Littérature et Leçons Tirées Des Premières Lignes....	9
1. Patients	9
2. Politique	12
3. Pratique	15
4. Public – Reddition de Compte	16
Conclusion: Provinces et Territoires – Engagement	19
Références	22



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.



Lettre aux premiers ministres



Honorables premiers ministres,

Au nom de près de 200 000 infirmières et infirmiers représentés par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII), nous sommes ravies de vous soumettre notre dernier document d'information *À la croisée de la politique et des soins infirmiers de première ligne. Cadre de travail pour déterminer la pertinence d'un système de soins de santé viable et axé sur la sécurité.*

Premiers ministres, nous applaudissons le travail positif amorcé par le Conseil de la fédération par l'intermédiaire du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé et de l'Alliance pancanadienne d'achat de médicaments. Depuis sa formation en 2003, et la signature de l'Accord 2004 sur la santé, le Conseil de la fédération a déployé des efforts, au nom de tous les Canadiens et les Canadiennes, pour améliorer le système de soins de santé.

Avec l'Accord sur la santé qui prend fin, le Conseil de la fédération n'a jamais été aussi important pour assurer l'avenir de notre système de soins de santé. Les infirmières et les infirmiers reconnaissent l'importance de vos efforts et veulent vous offrir leur énergie et leur expertise.

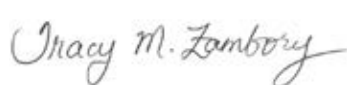
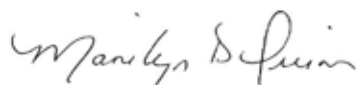
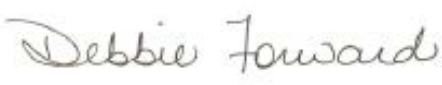
En qualité de représentante des premières lignes des soins de santé, la FCSII a un message pour les leaders provinciaux et territoriaux :

1. Premièrement, nous devons nous unir et nous opposer à l'érosion continue, par le gouvernement fédéral, du financement alloué aux provinces pour la santé. La réduction du financement se traduit (et continuera de se traduire) en résultats de santé négatifs pour tous les Canadiens, et entraînera une perte majeure d'infirmières et d'infirmiers au sein du système de soins de santé.

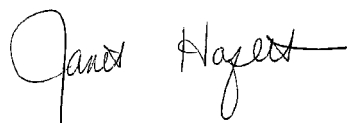
2. Nous devons nous unir pour élaborer et mettre en œuvre un programme national d'assurance-médicaments dans le pays. Cela permettrait d'économiser jusqu'à 11,4 milliards par année et cet argent pourrait être réinvesti dans le système de soins de santé.
3. Les leaders du secteur de la santé doivent offrir un soutien aux soins de première ligne et les améliorer dans tous les secteurs du système de soins de santé. Les décisions relatives à la dotation doivent être fondées sur les besoins des patients, les pratiques exemplaires, et les données probantes, plutôt qu'être motivées par des compressions budgétaires irréflechies.
4. Il faut élaborer une stratégie nationale à long terme sur les ressources humaines en santé qui prévoit une distribution plus équitable et efficiente du personnel infirmier, un soutien à la main-d'œuvre actuelle grâce à la dotation axée sur la sécurité, de meilleures mesures de sécurité au travail afin d'assurer la sécurité des patients, ainsi que des initiatives pour assurer des emplois stables et permanents aux nouveaux diplômés en sciences infirmières.
5. Finalement, les infirmières et les infirmiers ont prouvé, par le passé, qu'ils pouvaient être des partenaires-clés pour les premiers ministres, et ils ont démontré l'efficacité des innovations qu'ils pilotaient au sein du système. Nous sommes prêts à planifier, innover et à mettre en œuvre des initiatives mais, pour le faire, les infirmières et les infirmiers doivent être des partenaires lors des discussions futures au sujet des innovations et de la structuration du système. Ainsi, les leaders pourront mettre en place des solutions efficaces à long terme.

Cordialement,







Résumé

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, qui représente le personnel infirmier de première ligne du Canada, offre ce qui suit afin d'encourager les discussions productives *entre tous les principaux intervenants et les décideurs*.

À l'avis du Conseil de la fédération, toute décision relative à la réforme du système de soins de santé doit être fondée sur le concept de pertinence.

À la suite d'une revue de la littérature internationale, et d'entretiens avec le personnel infirmier de première ligne, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) conclut que la pertinence comprend les éléments suivants :

1. PATIENTS : leur mieux-être, leurs soins, leur dignité en tant que personnes

- Accent mis sur les changements motivés par les patients.
- Systèmes solides de soins de santé axés sur les personnes.
- Modèles de prestation des soins qui facilitent l'accès aux services de santé.
- Soins efficaces et sécuritaires pouvant être offerts au sein du système public, avec des résultats positifs pour les patients, dans le cadre de soins communautaires et ambulatoires.
- Accent sur la promotion de la santé : de nombreuses études nous indiquent que la plus grande partie des dépenses de santé sont attribuables à des maladies évitables. Investir dans la promotion de la santé pourrait signifier des économies annuelles de plusieurs

milliards. Un meilleur accès aux médicaments sur ordonnance, grâce à un régime universel d'assurance-médicaments, pourrait se traduire en économies de 3 milliards à un peu plus de 11 milliards par année.

- Accent sur le vieillissement en adoptant une approche différente relativement aux soins destinés aux aînés : gestion intégrée des maladies chroniques, y compris éducation complète sur la santé et soutien aux personnes soignantes.
- Accès aux soins en fonction des besoins des patients et soins dispensés par des équipes axées sur la collaboration et regroupant des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées, des médecins et autres professionnels de la santé.

EXEMPLES

- Technologie électronique pour améliorer les résultats de santé de la population.
- Consolider le rôle du personnel infirmier en tant que défenseurs des patients.
- Augmenter le nombre de cliniques de soins dirigées par des infirmières dans la collectivité, par exemple dans les centres commerciaux et à proximité des endroits où les gens vivent et travaillent, et dans le cadre d'un système de soins financé, administré et délivré par l'État.
- Se rendre dans les collectivités et faire un dépistage préliminaire des populations à risque (par exemple, les Premières nations).

2. POLITIQUE : un système de soins de santé qui s'appuie sur des politiques stratégiques à long terme fondées sur les données probantes

- Interdépendance des structures, des politiques et des processus entourant le système de soins de santé : modifier un élément affecte un ou plusieurs autres éléments.
- Un seul changement à une politique ou à la pratique ne peut transformer le système de soins de santé.
- Nécessité d'une approche systémique prévoyant une gamme de changements concurrents, séquentiels et se renforçant mutuellement.
- La planification à long terme des ressources humaines en santé doit tenir compte de l'inefficacité de la dotation (roulement de personnel, heures supplémentaires excessives, absentéisme en raison de maladie ou blessure, etc.), du nombre de départs à la retraite, du nombre de personnes approchant la retraite, et du nombre de nouveaux diplômés.
- Parité salariale dans tous les secteurs des soins de santé.
- La coordination améliore la production et l'efficacité du système de soins de santé.
- Les travailleurs de première ligne connaissent l'impact, sur les patients, des changements apportés au système. Il faut en tenir compte lors du processus décisionnel.
- Tous les principaux intervenants, y compris le personnel infirmier, les patients et leur famille, doivent participer à la prise de décisions relatives aux soins de santé.

EXEMPLE

- Les compressions au sein du National Health Service (NHS) Angleterre, système public de soins de santé, motivées uniquement par les contraintes budgétaires, ont mené à une réduction des niveaux de dotation infirmière et au remplacement des infirmières par des fournisseurs de soins non réglementés. Résultat : soins sous les normes, négligence des patients, taux élevés de mortalité, et enquête très médiatisée dont le rapport (Rapport Francis) est un signal d'alarme pour les Canadiens et les Canadiennes.

3. PRATIQUE : tirer profit des connaissances des travailleurs de la santé de tous les secteurs

- Mettre en place des politiques en matière de dotation axée sur la sécurité afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients.
- Créer un milieu de travail qui encourage le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé à penser de façon créative, à avoir des idées, et à faire partie du processus pour améliorer la sécurité et la satisfaction des patients.
- Faire participer les fournisseurs de première ligne favorise le maintien en poste et se traduit en économies et en une plus grande satisfaction chez le personnel.
- Les différents outils de restructuration doivent tenir compte de la valeur des travailleurs de première ligne et exiger qu'ils participent de façon active. Ces outils devraient servir à améliorer la qualité du milieu de travail, et non pas cibler la prestation des soins.
- Toute initiative d'innovation doit s'inspirer des connaissances collectives et de l'expérience des professionnels de la santé de première ligne.

EXEMPLE

- En 2008-2009, Santé Canada a financé le projet de la FCSII *De la recherche à l'action*. Il s'agissait de 10 projets pilotes dans le cadre desquels les infirmières et les infirmiers mettaient en œuvre des activités particulières (par exemple, mentorat, leadership et orientation). L'évaluation des projets révèle une réduction de 10 % des heures supplémentaires, de l'absentéisme et des coûts liés au roulement du personnel, ainsi qu'une augmentation de 147 % du nombre d'infirmières et d'infirmiers mentionnant un niveau élevé de leadership et de soutien.

4. PUBLIC – REDDITION DE COMPTE

- Le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral doivent être clairs, et sa présence doit être manifeste.
- Une évaluation des répercussions des changements, ainsi que rapports destinés au public, contribuent à augmenter la confiance du public dans le système.

- Les nouveaux modèles de prestation exigent de revoir les mesures du rendement fondées sur les données probantes, ainsi que les structures de gouvernance.
- Les patients et leur famille doivent être une voix forte au sein du système de soins de santé.

EXEMPLES

- À l'échelle provinciale, il faut recueillir, analyser et communiquer les données sur les emplois permanents des nouveaux diplômés, les départs à la retraite, les ressources infirmières, et les projections en matière de demande, afin de toujours avoir en main des données actuelles et exactes sur les ressources humaines en santé.
- Des données normalisées sur les événements indésirables chez les patients doivent être recueillies, communiquées, et il faut agir en conséquence et en temps opportun. Ces données doivent être transparentes et rendues publiques.
- Les données liées à la prestation des soins, notamment les niveaux de dotation et la composition du personnel, doivent être rendues publiques afin d'assurer la transparence de l'organisation et la reddition de compte. Les données sur les effets indésirables au sein de chaque unité doivent être mises en relation avec les données sur la prestation des soins.

5. PROVINCES ET TERRITOIRES – ENGAGEMENT

- La majeure partie de la main-d'œuvre du secteur de la santé, y compris le personnel infirmier, est syndiquée. C'est pourquoi, pour assurer le succès de toute transformation, les employeurs et les employés doivent participer au dialogue et travailler directement avec les syndicats infirmiers provinciaux et les organisations d'employeurs.
- Les infirmières et les infirmiers sont aux premières lignes des soins de santé. Ils doivent être aux côtés des leaders provinciaux et territoriaux afin d'orienter, éclairer et renforcer la prise de décisions.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent continuer à encourager le gouvernement fédéral à remplir son rôle dans le secteur de la santé, à fournir le financement adéquat et à exercer un leadership à l'échelle nationale.

EXEMPLE

- L'élaboration de l'Accord sur la santé a permis au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux, et aux principaux intervenants du secteur de la santé de collaborer de façon unique pour surmonter les défis majeurs au sein du système de soins de santé. Dans l'esprit de cet Accord, et en tirant profit des connaissances et de l'expérience des travailleurs de première ligne, les provinces doivent considérer les infirmières et les infirmiers comme des partenaires lors de la réforme du système afin de réduire les coûts de la dotation inadéquate (roulement, heures supplémentaires

excessives, absentéisme en raison de maladie ou blessure, etc.), réduire les écarts dans le continuum de soins, et adopter des mesures qui permettraient d'économiser des milliards annuellement tout en améliorant les résultats des patients (promotion de la santé, régime national d'assurance-médicaments, etc.)

À l'avis du Conseil de la fédération, toute décision relative à la réforme du système de soins de santé doit être fondée sur le concept de pertinence. Selon la FCSII, la pertinence comprend les éléments-clés suivants :

- **Patients** : données probantes relatives aux résultats de santé des patients.
- **Politique** : politiques, processus et pratiques cohérents et coordonnés dans l'ensemble du système.
- **Pratique** : tirer profit des connaissances des fournisseurs acquises par expérience directe.
- **Public – reddition de compte** : données, informations et évaluations rendues publiques.
- **Provinces et territoires – engagement** : Constituant la première ligne des soins de santé, les infirmières et les infirmiers doivent être aux côtés des leaders provinciaux et territoriaux pour les guider, les informer et éclairer les prises de décisions.

Si nous voulons atteindre l'objectif-clé des premiers ministres du Canada, notamment un système de soins de santé universel, viable et axé sur la sécurité, la FCSII recommande de faire participer tous les travailleurs de la santé de première ligne à la prise de décisions. Cela signifie une représentation adéquate et l'engagement des syndicats infirmiers et des représentants des employés, qui seront alors partie intégrante du processus de consultation et d'innovation en matière de santé du Conseil de la fédération. Nous devons tous adopter ces éléments et en faire le cadre de travail pour déterminer la pertinence des initiatives de transformation.



“Le défi futur du Canada sera d’adapter adéquatement les priorités et s’assurer que le financement réponde aux besoins des personnes ayant besoin de soins à domicile et au sein de la collectivité.” [Traduction]

John Abbott
Chef de la direction
Conseil canadien de la santé



Introduction

Les sondages auprès du public, menés au Canada, continuent de refléter les inquiétudes au sujet du système de soins de santé. En comparant avec d'autres pays, on observe des problèmes d'accès aux soins de santé au Canada. Ainsi, le Canada se classe 10^e parmi 17 pays comparables par rapport à la santé de sa population.¹ De plus, il y a des écarts dans le système.² Par exemple, les services de soins primaires au Canada tirent de la patte par rapport à des pays similaires.

L'escalade des dépenses de santé est un problème mondial. Plusieurs pays déploient des efforts pour assurer la viabilité financière de leur système de soins de santé. On met l'accent sur les innovations permettant d'améliorer l'efficacité dans le secteur de la santé. Des études ont ciblé l'efficacité de nouveaux modèles de soins, de mises à niveau opérationnelles, d'investissements en technologies de l'information et autres technologies, ainsi que le bien-fondé de la reddition de compte. On peut s'attendre à ce que la mise en œuvre de changements aux activités, pratiques et politiques donnent des résultats positifs en matière de résultats de santé, satisfaction des patients et maintien en poste du personnel.³

Au Canada, des commissions et des groupes d'experts ont été chargés par les gouvernements de proposer des mesures pour consolider le système de soins de santé. Sous l'autorité du Conseil de la fédération, les gouvernements provinciaux et territoriaux travaillent actuellement à la restructuration du système et à l'atteinte de trois objectifs : meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur. Leurs efforts sont à la base des modifications à certains volets du système. Ils mettent l'accent sur comment, où et par qui les services de santé sont dispensés. Selon le Conseil, les décisions relatives à la prestation des services de santé doivent s'inspirer du concept de pertinence. Tel que cité par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, le Conseil de la fédération⁴ offre la définition suivante de la pertinence :

En matière de santé, la pertinence s'entend de l'utilisation judicieuse et opportune des produits, ressources et services de santé. L'inadéquation des soins, en revanche, peut consister dans une surutilisation, une sous-utilisation ou une mauvaise utilisation des produits, ressources et services de santé. La pertinence est déterminée principalement par l'analyse des données probantes sur l'efficacité clinique, la sécurité, les répercussions économiques et d'autres incidences sur le système de santé. La pertinence se concrétise lorsque la qualité de ces analyses est attestée par a) le jugement clinique, en particulier lors de circonstances atypiques et b) les principes et valeurs éthiques et sociaux, y compris les préférences des patients.

Selon la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII), cette définition comprend les patients ainsi que les fournisseurs de première ligne. Elle reconnaît aussi combien tout est inter-relié au sein du système de soins de santé. La définition est robuste; elle établit la base permettant de conceptualiser et évaluer les innovations :

- « **EFFICACITÉ** » intègre l'idée de résultats de santé positifs pour les patients et la population. Dépend de l'évaluation et de la mesure des résultats.
- « **RESSOURCES** » comprend le personnel dispensant les soins.
- « **JUGEMENT CLINIQUE** » permet l'évolution constante des connaissances.
- « **RÉPERCUSSIONS SUR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ** » reconnaît les liens entre les services, les produits et les ressources au sein du système de soins de santé.
- « **SOCIÉTAL** » sous-entend la pertinence par rapport à la santé de la population; sous-entend aussi l'inclusion et le concept d'équité sur le plan géographique ou par rapport aux services de santé ou à l'état de santé.

Selon la FCSII, le succès et la viabilité d'une réforme du système de soins de santé seront assurés si l'on évalue les changements proposés à la lumière de chacun de ces éléments. La FCSII pense aussi que la transparence et la reddition de compte par rapport à tous les changements proposés sont des éléments essentiels pour assurer que les fournisseurs, y compris le personnel infirmier, les patients et leur famille, aient une voix forte au sein du système de soins de santé pour ainsi assurer une intégrité continue. La FCSII a élaboré un cadre de travail permettant de concrétiser la définition de la pertinence.



Cadre de Travail

À la suite d'une revue de la littérature internationale et d'entretiens avec le personnel infirmier de première ligne, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) conclut que la pertinence comprend les éléments suivants :

1. PATIENTS : leur mieux-être, leurs soins, leur dignité en tant que personnes

- Accent mis sur les changements motivés par les patients.
- Systèmes solides de soins de santé axés sur les personnes.
- Modèles de prestation des soins qui facilitent l'accès aux services de santé.
- Soins efficaces et sécuritaires pouvant être offerts au sein du système public, avec des résultats positifs pour les patients, dans le cadre de soins communautaires et ambulatoires.
- Accent sur la promotion de la santé : de nombreuses études nous indiquent que la plus grande partie des dépenses de santé sont attribuables à des maladies évitables. Investir dans la promotion de la santé pourrait signifier des économies annuelles de plusieurs milliards,⁵ et un meilleur accès aux médicaments sur ordonnance, grâce à un régime universel d'assurance-médicaments, pourrait se traduire en économies de 3 milliards à un peu plus de 11 milliards par année.⁶
- Accent sur le vieillissement en adoptant une approche différente relativement aux soins destinés aux aînés : gestion intégrée des maladies chroniques, y compris éducation complète sur la santé et soutien aux personnes soignantes.
- Accès aux soins en fonction des besoins des patients et soins dispensés par une équipe axée sur la collaboration et regroupant des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées, des médecins et autres professionnels de la santé.

EXEMPLES

- Technologie électronique pour améliorer les résultats de santé de la population.
- Consolider le rôle du personnel infirmier en tant que défenseurs des patients.
- Augmenter le nombre de cliniques de soins dirigées par des infirmières au sein de la collectivité, par exemple dans les centres commerciaux et à proximité des endroits où les gens vivent et travaillent, et dans le cadre d'un système de soins financé, administré et délivré par l'État.
- Se rendre dans les collectivités et faire un dépistage préliminaire des populations à risque (par exemple, les Premières nations).

2. POLITIQUE : un système de soins de santé qui s'appuie sur des politiques stratégiques à long terme fondées sur les données probantes

- Interdépendance des structures, des politiques et des processus entourant le système de soins de santé : modifier un élément affecte un ou plusieurs autres éléments.
- Un seul changement à une politique ou à la pratique ne peut transformer le système de soins de santé.
- Nécessité d'adopter une approche systémique prévoyant une gamme de changements concurrents, séquentiels et se renforçant mutuellement.
- La planification à long terme des ressources humaines en santé doit tenir compte de l'inefficacité de la dotation (roulement de personnel, heures supplémentaires excessives, absentéisme en raison de maladie ou blessure, etc.⁷), du nombre de départs à la retraite, du nombre de personnes approchant la retraite, et du nombre de nouveaux diplômés.
- Parité salariale dans tous les secteurs des soins de santé.
- La coordination améliore la production et l'efficacité du système de soins de santé.
- Les travailleurs de première ligne connaissent l'impact, sur les patients, des changements apportés au système. Il faut en tenir compte lors du processus décisionnel.
- Tous les principaux intervenants, y compris le personnel infirmier, les patients et leur famille, doivent participer à la prise de décisions relatives aux soins de santé.

EXEMPLE

- Les compressions au sein du National Health Service (NHS) Angleterre, système public de soins de santé, motivées uniquement par les contraintes budgétaires, ont mené à une réduction des niveaux de dotation infirmière et au remplacement des infirmières par des fournisseurs de soins non réglementés. Résultat : soins sous les normes, négligence des patients, taux élevés de mortalité, et enquête très médiatisée dont le rapport (Rapport Francis) est un signal d'alarme pour les Canadiens et les Canadiennes.

3. PRATIQUE : tirer profit des connaissances des travailleurs de la santé de tous les secteurs

- Mettre en place des politiques en matière de dotation axée sur la sécurité afin d'obtenir des résultats positifs pour les patients.
- Créer un milieu de travail qui encourage le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé à penser de façon créative, à avoir des idées, et à faire partie du processus pour améliorer la sécurité et la satisfaction des patients.
- Faire participer les fournisseurs de première ligne se traduit en économies, en une plus grande satisfaction chez le personnel, et favorise le maintien en poste.
- Les différents outils de restructuration doivent tenir compte de la valeur des travailleurs de première ligne et exiger qu'ils participent de façon active. Ces outils devraient servir à améliorer la qualité du milieu de travail, et non pas être axés sur la prestation des soins.
- Toute initiative d'innovation doit s'inspirer des connaissances collectives et de l'expérience des professionnels de la santé de première ligne.

EXEMPLE

- En 2008-2009, Santé Canada a financé le projet de la FCSII *De la recherche à l'action*. Il s'agissait de 10 projets-pilotes dans le cadre desquels les infirmières et les infirmiers mettaient en œuvre des activités particulières (par exemple, mentorat, leadership et orientation). L'évaluation des projets révèle une réduction de 10 % des heures supplémentaires, de l'absentéisme et des coûts liés au roulement du personnel, ainsi qu'une augmentation de 147 % du nombre d'infirmières et d'infirmiers mentionnant un niveau élevé de leadership et de soutien.⁸



4. PUBLIC – REDDITION DE COMPTE

- Le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral doivent être clairs, et sa présence doit être manifeste.
- Une évaluation des répercussions des changements, ainsi que des rapports destinés au public, contribuent à augmenter la confiance du public dans le système.
- Les nouveaux modèles de prestation exigent de revoir les mesures du rendement fondées sur les données probantes, ainsi que les structures de gouvernance.
- Les patients et leur famille doivent être une voix forte au sein de notre système de soins de santé.

EXEMPLES

- À l'échelle provinciale, il faut recueillir, analyser et communiquer les données sur les emplois permanents des nouveaux diplômés, les départs à la retraite, les ressources infirmières, et les projections en matière de demande, afin de toujours avoir en main des données actuelles et exactes sur les ressources humaines en santé.
- Des données normalisées sur les événements indésirables chez les patients doivent être recueillies, communiquées, et il faut agir en conséquence et en temps opportun. Ces données doivent être transparentes et rendues publiques.
- Les données liées à la prestation des soins, notamment les niveaux de dotation et la composition du personnel, doivent être rendues publiques afin d'assurer la transparence de l'organisation et la reddition de compte. Les données sur les effets indésirables de chaque unité doivent être mises en relation avec les données sur la prestation des soins.

5. PROVINCES ET TERRITOIRES – ENGAGEMENT

- La majeure partie de la main-d'œuvre du secteur de la santé, y compris le personnel infirmier, est syndiquée. C'est pourquoi, pour assurer le succès de toute transformation, les employeurs et les employés doivent participer au dialogue et travailler directement avec les syndicats infirmiers provinciaux et les organisations d'employeurs.
- Les infirmières et les infirmiers sont aux premières lignes des soins de santé. Ils doivent être aux côtés des leaders provinciaux et territoriaux afin d'orienter, éclairer et renforcer la prise de décisions.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent continuer à encourager le gouvernement fédéral à remplir son rôle dans le secteur de la santé, à fournir le financement adéquat et à exercer un leadership à l'échelle nationale.

EXEMPLE

- L'élaboration de l'Accord sur la santé a permis au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux, et aux principaux intervenants du secteur de la santé de collaborer de façon unique pour surmonter les défis majeurs au sein du système de soins de santé. Dans l'esprit de cet Accord, et en tirant profit des connaissances et

de l'expérience des travailleurs de première ligne, les provinces doivent considérer les infirmières et les infirmiers comme des partenaires lors de la réforme du système de santé afin de réduire les coûts de la dotation inadéquate (roulement, heures supplémentaires excessives, absentéisme en raison de maladie ou blessure, etc.), réduire les écarts dans le continuum de soins, et adopter des mesures qui permettraient d'économiser des milliards annuellement tout en améliorant des résultats des patients (promotion de la santé, régime national d'assurance-médicaments, etc.).

À l'avis du Conseil de la fédération, toute décision relative à la réforme du système de soins de santé doit être fondée sur le concept de pertinence. Selon la FCSII, la pertinence comprend les éléments-clés suivants :

- **Patients** : données probantes relatives aux résultats de santé des patients.
- **Politique** : politiques, processus et pratiques homogènes et coordonnés dans l'ensemble du système.
- **Pratique** : tirer profit des connaissances des fournisseurs acquises par expérience directe.
- **Public – reddition de compte** : données, informations et évaluations d'accès public.
- **Provinces et territoires – engagement** : Constituant la première ligne des soins de santé, les infirmières et les infirmiers doivent être aux côtés des leaders provinciaux et territoriaux pour les guider, les informer et éclairer les prises de décisions.

Si nous voulons atteindre l'objectif-clé des premiers ministres du Canada, notamment un système de soins de santé universel, viable et axé sur la sécurité, la FCSII recommande de faire participer tous les travailleurs de la santé de première ligne à la prise de décisions. Cela signifie une représentation adéquate et l'engagement des syndicats infirmiers et des représentants des employés, qui seront alors partie intégrante du processus de consultation et d'innovation en matière de santé du Conseil de la fédération. Nous devons tous adopter ces éléments et en faire le cadre de travail pour déterminer la pertinence des initiatives de transformation.





Le Cadre de Travail :

Revue de la Littérature et Leçons Tirées Des Premières Lignes

1. PATIENTS : mettre l'accent sur les résultats de santé des patients et de la population

De nombreuses études nous indiquent que le fait de mettre l'accent sur les résultats positifs pour les patients motive le changement, ce qui, à son tour, diminue les coûts et augmente la valeur au sein du système. Par exemple, dans le cadre de nombreuses initiatives de restructuration, toutes les activités sont évaluées selon leur valeur pour le client ou le patient. Aux premières lignes, diminuer le gaspillage signifie, entre autres, réaffecter les tâches non cliniques au personnel non clinique, et rendre les postes de travail plus efficaces; ainsi, le personnel infirmier et les autres cliniciens peuvent consacrer davantage de temps aux patients. Les méthodes industrielles ne sont sans doute pas parfaites mais, si elles respectent un modèle de soins axés sur le patient, elles améliorent la valeur des services de santé offerts à la fois dans le secteur communautaire et hospitalier. Cela ne peut se faire de façon sécuritaire sans la participation du personnel de première ligne et sans leur évaluation. Il faut aussi mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité du milieu de travail plutôt que sur le processus de prestation des soins.

Une approche axée sur le patient est essentielle pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Les études indiquent aussi un lien entre les soins axés sur le patient et l'efficacité par rapport au coût. Par exemple, selon une étude, les résidents d'établissements de soins de longue durée offrant un plus grand nombre d'heures de soins infirmiers par résident, affichent de meilleurs résultats, notamment un meilleur fonctionnement sur le plan physique et cognitif, un moins grand nombre d'admissions à l'hôpital, et des taux moins élevés de mortalité.⁹ Chacun de ces résultats signifie une diminution des dépenses de santé.

Selon une étude récente menée dans 300 hôpitaux européens de neuf pays, et publiée dans *The Lancet*, une augmentation de la charge de travail de l'infirmière augmente le risque de décès chez

le patient hospitalisé. Selon la même étude, le niveau de scolarité du personnel infirmier affecte directement la sécurité des patients, et un niveau de scolarité plus élevé signifie une diminution des décès dans les hôpitaux.¹⁰ Ces données sont très similaires à celles d'études américaines et canadiennes portant sur la charge de travail et la dotation.¹¹

Selon un rapport publié en 2013 par L'Organisation mondiale de la santé (OMS), les systèmes de santé efficaces sont « axés sur les personnes ».¹² Selon l'OMS, les modèles de prestation facilitant l'accès aux soins – par exemple ceux qui utilisent la technologie électronique – améliorent les résultats de santé de la population. Mettre les personnes au cœur de la prise de décision est à la base des 290 recommandations du Rapport Francis,¹³ qui a suivi l'enquête publique sur la « souffrance épouvantable des patients » au sein du Mid Staffordshire NHS Trust du Royaume-Uni. Le rapport recommande des mesures correctives, y compris l'adoption d'une approche axée sur les personnes, assortie de normes pour évaluer les répercussions, sur les patients, des modèles de prestation de services.

Au Canada, il y a une décennie, les inquiétudes au sujet de la sécurité des patients ont motivé la création de l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP). Le cadre *Compétences liées à la sécurité des patients* de l'ICSP tient compte de plusieurs facteurs affectant la sécurité : déséquilibre vie-travail; manque de sommeil; augmentation subite des clients; interruptions au travail; ergonomie, y compris la structure du système; et déroulement du travail.¹⁴ En Australie, le cadre de travail pour assurer la qualité et la sécurité des soins est élaboré conformément au principe suivant : les soins sont axés sur le consommateur, s'appuient sur l'information, et sont organisés pour assurer la sécurité.¹⁵

On peut trouver, dans la littérature, des pratiques exemplaires en matière de sécurité des patients et des opinions à ce sujet. Par exemple, le rapport Francis, ainsi que deux rapports¹⁶ portant sur les résultats du rapport Francis, soulignent le besoin d'établir des normes professionnelles et des exigences claires en matière de dotation, et proposent des outils pour évaluer les besoins des patients et les harmoniser à la dotation en personnel. Le rapport suggère des outils d'évaluation des besoins des patients afin que la prise de décisions se fasse en fonction de ces besoins. Le rapport propose aussi de recueillir et de bien examiner les données sur les résultats, la prestation des soins et la composition du personnel, afin d'orienter les décisions futures relativement aux soins aux patients.¹⁷

Gestionnaire d'unité responsable d'une unité de 36 lits, d'environ 50 membres du personnel et d'environ 45 patients... Lorsqu'elle était en fonction, elle était aussi une infirmière responsable de neuf (9) patients...équilibrant les budgets, s'occupant des problèmes de personnel, de la formation, des plaintes et ainsi de suite... En d'autres mots, tout ce qu'un gestionnaire, dans d'autres industries, fait généralement à chaque jour. Imaginons une situation similaire dans le secteur manufacturier, soit un gestionnaire responsable de 50 employés...lui aussi, travaille à « temps plein » sur la chaîne de montage et fait des quarts....¹⁸ [Traduction].

Afin que le système puisse mieux répondre aux besoins des patients, des outils sont mis en place pour assurer la sécurité de la dotation. Aux États-Unis, on a aussi codifié les soins dispensés aux patients pour qu'ils soient mieux adaptés au programme *Medicare* : les hôpitaux doivent avoir un nombre adéquat de fournisseurs de première ligne dispensant des soins directs immédiats

répondant aux besoins des patients. De nouveaux patients sont seulement admis si les normes sont respectées.¹⁹ Il n'y a pas d'évaluation de l'impact de ratios obligatoires dans les pays ayant un système public de soins de santé mais l'Australie et la Californie ont des ratios obligatoires infirmière-patients. Lorsqu'on ne peut respecter les ratios, on refuse alors de nouveaux patients. Il n'y a pas d'opinion unique ou constante sur les mérites de régler les ratios infirmière-patients. Or, les chercheurs sont d'accord pour dire que les décisions relatives à la dotation qui tiennent compte des besoins des patients augmentent l'efficacité de la prestation des services.²⁰

La FCSII recommande six mesures pour évaluer jusqu'à quel point un établissement ou un système se rapproche de la prestation de soins axés sur le patient.²¹ Ces mesures ont été élaborées par la Commission on a High Performance Health System of the Commonwealth Fund:

1. Les renseignements cliniques pertinents au sujet du patient sont à la portée de tous les fournisseurs au point de soins, et des patients, grâce à un dossier électronique de santé.
2. Coordination des soins dispensés par des fournisseurs multiples, et gestion active des soins d'une unité à l'autre.
3. Les fournisseurs de soins (y compris le personnel infirmier et les autres membres de l'équipe de soins), au sein des unités et d'une unité à l'autre, sont responsables les uns envers les autres, révisent le travail des autres, et collaborent pour offrir, avec fiabilité, des soins de grande qualité et de grande valeur.
4. L'accès aux soins et aux renseignements pertinents est facile pour les patients, même en dehors des heures régulières. Le système offre plusieurs points d'entrée, les fournisseurs ont la compétence leur permettant de tenir compte des différences culturelles et peuvent répondre aux besoins du patient.
5. L'obligation de rendre compte est claire par rapport aux soins complets du patient.
6. Le système innove et apprend sur une base continue afin d'améliorer la qualité, la valeur, et l'expérience du patient.

Les résultats de santé sont déterminés par les taux de mortalité et de morbidité; l'état nutritionnel; le fonctionnement physique et cognitif; les taux d'infections; le nombre de chutes; et les admissions à l'hôpital. Les études démontrent le lien direct entre les soins infirmiers directs et chacune de ces mesures.²² Les soins sont améliorés lorsque les établissements et les unités restructurent les méthodes de travail et réaménage les aires de travail afin de permettre aux fournisseurs de première ligne de consacrer davantage de temps aux patients. Selon une étude menée en Alberta, des taux inférieurs de mortalité à 30 jours sont liés à un nombre inférieur de personnel infirmier occasionnel et temporaire proportionnellement au personnel infirmier permanent à temps plein. Selon la même étude, on peut observer des taux inférieurs de mortalité à 30 jours dans les hôpitaux ayant des scores plus élevés à l'échelle des relations de collaboration entre infirmières et médecins.²³

La FCSII reconnaît les avantages financiers à long terme de meilleurs résultats chez les patients. Toute innovation sera jugée pertinente seulement si elle est axée sur la personne et si les infirmières et les infirmiers de première ligne participent au processus décisionnel.



2. POLITIQUE : cohérence et adoption d'une politique à l'échelle du système

Aucune politique ou pratique, à elle seule, ne peut transformer le système de soins de santé. Il faut plutôt un éventail de changements concurrents, séquentiels et se renforçant mutuellement. Il faut améliorer les processus opérationnels à différents paliers du système. Il faut modifier, à l'échelle des unités et des établissements, les méthodes de travail actuelles, ainsi que les procédures administratives et celles relatives à la dotation, notamment lieu de prestation de services, gouvernance, systèmes de technologie de l'information et infrastructure. À l'échelle nationale ou des provinces, il faut des changements qui facilitent le développement professionnel, la mesure du rendement et la gouvernance.

Dans leur travail sur les leçons de transformation pouvant être tirées, Denis et ses collègues mettent en lumière les services de santé assurés qui sont offerts ailleurs qu'à l'hôpital ou autres établissements de soins. Ils citent de nombreuses études selon lesquelles le système public peut offrir des soins efficaces et sécuritaires, assortis de résultats positifs chez les patients, grâce à des services ambulatoires dispensés plus près des lieux de résidence et de travail des Canadiens. Selon eux, sortir certains services – notamment tests diagnostiques, soins palliatifs, dialyse, traitements antibiotiques, suivi post-chirurgical – des murs des hôpitaux améliore l'accès en temps opportun à ces services. Toutefois, il faut porter attention aux incidences lorsque l'on adopte de nouveaux modèles de soins.²⁴ Modifier un élément du système affecte un ou tous les autres éléments. Cette idée est bien rendue dans l'énoncé suivant du Royal College of Nursing : « Sortir efficacement les soins des hôpitaux et dispenser ces services dans la collectivité exige une approche globale. La restructuration des hôpitaux ne peut se faire de façon isolée, elle doit se faire de mèche avec des stratégies de réinvestissement. »²⁵



“Les soins de santé au Canada évoluent continuellement. Nous devons adopter des politiques globales qui s’attaquent aux sources des problèmes plutôt qu’aux symptômes; qui entraînent des changements systémiques plutôt que des solutions rapides; qui favorisent les avantages à long terme plutôt que les gains à court terme.”²⁶ [Traduction]

Roy Romanow, février 2012

Coût moyen des soins – pour une semaine et pour 424 aînés²⁷

Lit d'hôpital	2 500 000 \$
Lit en soins de longue durée	374 000 \$
Soins à domicile	125 000 \$

Au Canada, la majeure partie de la main-d'œuvre du secteur de la santé est syndiquée. Par exemple, plus de 80 % du personnel infirmier du secteur public est syndiqué. Dans certaines zones du pays, la parité des salaires et des avantages sociaux ne se retrouve pas dans tous les secteurs de la santé, et cela affecte les initiatives de recrutement et de maintien en poste. C'est pourquoi il faut asseoir tous les joueurs à la table avant de planifier la transformation du système de soins de santé et, ainsi, assurer un secteur des soins primaires qui demeure solide tout en améliorant la capacité dans le secteur des soins communautaires et ambulatoires.

Selon les infirmières et les infirmiers, l'intégration et la coordination au sein du système sont des vecteurs essentiels pour améliorer la productivité et l'efficacité. Ils mentionnent l'efficacité sur le plan économique et les avantages, pour les patients, les familles et les fournisseurs, des soins offerts sans interruption. Ils mentionnent les lacunes des approches actuelles pour réformer le système. À l'échelle du système, les infirmières et les infirmiers pensent que la connexité au sein du système peut être améliorée par ce qui suit :

- Établir et renforcer les communications entre les différents milieux de soins;
- Assurer la compatibilité des technologies de l'information, y compris les dossiers électroniques;
- Clarifier les rôles et le champ d'activité des différents fournisseurs de soins;
- Articuler les responsabilités distinctes de chaque membre de l'équipe de soins;
- Baser les décisions relatives à la composition du personnel sur les besoins des patients;
- Assurer le suivi des changements en matière de politiques qui mènent à un réalignement de la législation, et qui affectent les normes professionnelles, le libellé des conventions collectives ou les processus administratifs;
- Évaluer les problèmes liés à l'assurance responsabilité professionnelle;
- Améliorer l'accès à tous les professionnels de la santé, notamment médecins, infirmières, infirmières praticiennes et autres professionnels de la santé.

En se basant sur l'expérience de différentes organisations, l'organisme américain, Institute for Healthcare Improvement (IHI), préconise une approche systémique par rapport aux changements. L'approche du IHI comprend ce qui suit : déterminer les populations cibles; définir les objectifs et les mesures systémiques; constituer un dossier solide du projet et permettant de donner des résultats dans l'ensemble du système; évaluation rapide et adaptation aux besoins locaux et conditions locales. L'approche de l'IHI exige aussi de tenir compte des facteurs contextuels, y compris la gamme de services sociaux.²⁸ S'inspirant des expériences des professionnels de première ligne, la FCSII est consciente des obstacles et sait ce qui facilite l'harmonisation entre le système de soins de santé et les autres secteurs; lors de l'élaboration des plans de soins, le personnel infirmier de première ligne travaille avec des fonctionnaires et des décideurs venant de différents secteurs, notamment justice criminelle, logement, éducation et assistance sociale. Ces connaissances peuvent éclairer les décisions relatives à la transformation du système.

Selon les professionnels de première ligne, des décisions efficaces et viables en matière de politique de la santé doivent évaluer les incidences, directes et indirectes, à l'échelle du système et en tenir compte.

3. PRATIQUE : tirer profit des connaissances des personnes qui dispensent les soins

Il y a plus de 375 000 infirmières et infirmiers au Canada.²⁹ Ils ont un niveau élevé de scolarité, sont compétents et les patients et les familles ont une opinion positive d'eux. Le personnel infirmier évalue, traite, éduque, conseille et soutient. Les infirmières et les infirmiers travaillent dans les hôpitaux, les cliniques, les établissements de soins de longue durée, le secteur des soins primaires, des services de réadaptation, des soins de relève, des soins à domicile, et s'occupent des programmes de santé publique, mentale et communautaire. Ils ont une connaissance directe du système de soins de santé. Ils jouent un rôle essentiel pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Leur vigilance permet d'éviter des erreurs médicales.

Ce rôle de défense des droits est compromis par les nombreux défis auxquels le personnel infirmier est confronté quotidiennement dans les milieux de travail, notamment charges de travail excessives, taux élevé d'heures supplémentaires, et maladie et blessures sont chose commune. En 2012, le personnel infirmier du secteur public a fait plus de 21,5 millions d'heures supplémentaires. De plus, près de 19 000 infirmières et infirmiers du secteur public étaient absents du travail à chaque semaine pour raison de maladie ou incapacité personnelle.³⁰ Cette situation est insoutenable à long terme car on sait que le nombre d'infirmières au seuil de la retraite augmente. Parmi les infirmières autorisées (IA) constituant la majorité de la main-d'œuvre infirmière, plus de 25 % ont 55 ans ou plus.³¹ Or, plus de 10 000 étudiants en sciences infirmières obtiennent leur diplôme à chaque année mais plusieurs ne peuvent trouver d'emploi permanent à temps plein ou sont sans emploi.³²

Selon les études, on peut observer une amélioration de la sécurité et de la satisfaction au travail dans les milieux de travail qui encouragent le personnel infirmier à penser de façon créative, à avoir des idées et à faire partie du processus. De plus, un nombre croissant d'études indiquent que la participation des travailleurs de première ligne à l'amélioration de la qualité est essentielle pour amorcer de grandes transformations dans le secteur de la santé et assurer leur viabilité. Des programmes comme *Transforming Care at the Bedside* (Transformation des soins au chevet), s'appuient sur le paradigme selon lequel les fournisseurs de soins de première ligne sont une source importante d'idées et d'innovation.³³ Les infirmières et les infirmiers ont ciblé des lacunes, des obstacles et des facteurs facilitants; grâce à leurs idées, la qualité des soins s'est améliorée de façon remarquable, ainsi que le milieu de travail.

Comme le souligne la dernière publication de la FCSII, *Valoriser la sécurité des patients : structuration responsable de la main-d'œuvre*, les patients doivent être au cœur de toute décision relative à la restructuration. Par conséquent, les besoins prioritaires en matière de soins du patient doivent être évalués adéquatement grâce à des outils en temps réel, et en se basant sur plusieurs facteurs, dont l'acuité, la stabilité et la complexité. Une fois les besoins déterminés, les infirmières et leurs gestionnaires doivent établir la dotation en jumelant les besoins du patient aux compétences de l'infirmière.³⁴

Les programmes innovateurs gérés par les fournisseurs de première ligne favorisent le rendement au sein du système. Par exemple, lors de l'évaluation du programme *Releasing Time to Care* du *National Health Service* du Royaume-Uni, on a pu observer une amélioration de l'expérience des patients, de la satisfaction et du maintien en poste du personnel, ainsi qu'une réduction des coûts.³⁵

Les connaissances du personnel infirmier ayant une expérience clinique servent non seulement à orienter la réforme du système mais sont importantes pour optimiser la prestation des soins. La complexité des soins augmente et c'est pourquoi les fournisseurs de première ligne, au Canada et ailleurs, veulent les conseils de cliniciens expérimentés. Selon une étude menée en 2009 le personnel infirmier plus jeune démontre un grand intérêt pour les programmes de mentorat.³⁶ D'autres études³⁷ démontrent qu'un plus grand leadership peut diminuer le taux de roulement et, selon une autre étude les occasions de perfectionnement professionnel et de mise à niveau des compétences sont un élément-clé du maintien en poste.³⁸

Si l'on souscrit à la perspective d'Henry Ford selon laquelle « Il n'y a pas de gros problèmes, il y a seulement un tas de petits problèmes », on doit reconnaître le potentiel des idées venant du personnel, et il faut encourager leur créativité et partager ce qu'ils ont appris. Deux exemples³⁹ d'améliorations à petite échelle illustrent bien cela :

- Pour diminuer la confusion des patients par rapport à leur processus de soins, le personnel infirmier a proposé un tableau blanc pour chaque patient. Le tableau est utilisé pour déterminer les procédures prévues une journée précise, ainsi que le médecin et l'infirmière responsables du patient pendant cette journée. On encourage aussi le patient à écrire ses questions et inquiétudes au tableau.
- Le personnel infirmier a recommandé la restructuration des espaces physiques afin de mettre ensemble les fournitures et l'information du patient. Cela a permis de réduire de 14 à six minutes le temps pour préparer une chambre pour la chimiothérapie. L'évaluation indique une amélioration de la satisfaction du patient et du fournisseur de soins. Les fournisseurs mentionnent aussi une augmentation de l'efficacité au travail.

La FCSII a inventorié les pratiques exemplaires et prometteuses déterminées et gérées aux premières lignes. Des études démontrent que ces pratiques augmentent l'efficacité des activités au sein du système.

4. PUBLIC : reddition de compte et processus décisionnel fondé sur les données probantes

La reddition de compte est un élément-clé de la réforme du système. Selon les études, la reddition de compte offre deux avantages⁴⁰ :

1. Elle permet de déterminer les liens entre les interventions individuelles et, ainsi, la réforme du secteur de la santé s'inscrit dans une perspective à l'échelle du système.
2. Elle facilite l'amélioration et la gestion de la prestation des services grâce au feed-back et aux leçons tirées.

La valeur est le principal produit de la reddition de compte. La reddition de compte peut se faire sur le plan financier, sur le plan politique ou démocratique, ainsi que par rapport au rendement.⁴¹ Pour évaluer la qualité, les résultats et les coûts (qui sont les composantes de la valeur), il faut pouvoir évaluer et interpréter les données et l'information.

La valeur est une feuille de route pour assurer la reddition de compte et l'efficacité de la réforme du système médical.⁴²

Dans le cadre d'un processus décisionnel fondé sur les données probantes, les personnes examinent les données de la recherche ainsi que celles recueillies lors d'études observationnelles, de projets-pilotes, d'essais cliniques randomisés, de programmes, d'évaluations de politiques comprenant des études qualitatives et quantitatives. De plus, le processus décisionnel doit s'inspirer des opinions d'experts, communiquées par l'intermédiaire de documents de consensus ou de rapports de commissions, et se baser sur les évaluations de politiques ou de programmes. Les fournisseurs de première ligne ciblent les lacunes dans les données et les études, ainsi que les obstacles à l'efficacité de la prise de décisions

Entre 2000 et 2006, dix importants rapports nationaux ont ciblé les problèmes liés à la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé. Chacun met en lumière des problèmes liés à la main-d'œuvre infirmière au Canada.⁴³ Ils mettent en relief les défis suivants aux premières lignes des milieux de travail : interruptions fréquentes; confusion par rapport au rôle; soutien technique et humain limité; absence d'intégration et de coordination; augmentation constante de l'acuité des besoins des patients. Ils soulignent aussi la surcharge de travail. Une analyse de deux décennies de recherche démontre que la charge de travail du personnel infirmier, ainsi que la qualité des milieux de travail infirmiers, affectent les résultats des patients. Cette analyse parle des lacunes dans les données sur la main-d'œuvre et cela fait obstacle à la planification de la main-d'œuvre. Selon un examen, fait en 2014, et ciblant la planification des ressources humaines, les données pertinentes et chiffrées sur la main-d'œuvre infirmière brillent par leur absence.⁴⁴ Cela limite l'analyse et la planification nécessaires pour assurer des soins adéquats et de qualité. Les auteurs concluent qu'il faut agir pour combler ces lacunes statistiques.⁴⁵

Pour déterminer la pertinence, il faut recueillir les données nécessaires pour évaluer l'incidence des actions visant une meilleure santé, de meilleurs soins et une meilleure valeur. La pertinence des innovations pour réformer le système de soins de santé devrait être déterminée en se basant sur l'analyse des données relatives aux patients. Qu'ils soient décideurs, administrateurs ou fournisseurs de première ligne, tous ont besoin de données qui font le lien entre l'acuité des besoins, les résultats de santé, la composition du personnel à l'échelle du système et dans une vaste gamme d'établissements de santé.

Au Royaume-Uni, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) évalue le rendement du système de soins de santé; il est aussi chargé de définir les normes de qualité et cibler les pratiques exemplaires. NICE offre un appui aux prises de décisions relatives à la transformation du système. Indépendant des structures politiques et bureaucratiques, NICE est un exemple manifeste d'un contexte où la grande qualité de l'évaluation économique joue un rôle majeur dans le processus décisionnel.⁴⁶ Un organisme ayant les mêmes fonctions que NICE serait un soutien pour assurer une prise de décision adéquate.

[Traduction]

Le rapport Francis de 2013 recommande de recueillir, examiner et rendre public les données sur les résultats, la prestation des soins et la composition du personnel.⁴⁷ Cette dernière recommandation vise les problèmes en matière de reddition de compte soulevés lors de la

tragédie au sein du Mid Staffordshire Trust. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, des mesures législatives sont en vigueur en appui à la transformation du système de soins de santé. Au Royaume-Uni, la loi oblige les établissements de santé à communiquer, au public, la planification de la dotation.⁴⁸ Depuis avril 2014, tous les hôpitaux doivent communiquer les niveaux de dotation de chaque unité, ainsi que le pourcentage de quarts de travail qui respectent les lignes directrices en matière de dotation sécuritaire. Cela est obligatoire et doit se faire mensuellement.⁴⁹ Un projet de loi a été proposé au Congrès américain et il est similaire à la législation adoptée dans au moins sept États. La reddition de compte est exigée et la dotation doit être rendue publique, y compris la confirmation que seuls des fournisseurs de première ligne ayant la formation et l'expérience pertinentes font partie de la dotation d'une unité.⁵⁰

Au Canada, la dotation infirmière est l'un des rares secteurs où la prise de décisions ne tient pas compte des données probantes.⁵¹ [Traduction]

Les études recommandent l'élaboration de normes de qualité sur lesquelles s'appuiera la mesure du rendement des programmes, des politiques et du système.⁵² Il faut des systèmes normalisés d'information permettant d'évaluer l'incidence des décisions à la lumière des objectifs. En ce qui a trait au travail du Conseil de la fédération, l'objectif de la transformation est la Triple cible.





Conclusion :

Provinces et Territoires - Engagement

Le fait que les infirmières et les infirmiers soient très près des patients sur une base régulière, et le fait que leur compréhension des processus dans tout le continuum de soins, leur donnent une capacité unique d'agir comme partenaires... et de prendre la tête des initiatives d'amélioration et de restructuration du système de soins de santé et de ses nombreux milieux de pratique.⁵³ [Traduction]

Le système de soins de santé ne fonctionne pas de façon optimale au Canada. Selon la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII), des changements sont nécessaires pour améliorer l'état de santé des Canadiens et des Canadiennes et pour augmenter l'efficacité au sein du système.

À la suite de consultations avec ses membres et d'une analyse de la recherche, la FCSII croit que le succès et la viabilité de toute transformation au sein du système de soins de santé dépendent des mesures et des interventions pertinentes. La pertinence peut être évaluée selon un cadre qui comprend :

- **Patients** : toutes les décisions et les activités dans le secteur de la santé sont axées sur le patient.
- **Pratique** : tirer parti des connaissances et de l'expérience des personnes qui dispensent les soins.
- **Politique** : reconnaître le fait que tout est inter-relié au sein du système de soins de santé.
- **Public – reddition de compte** : données probantes recueillies et analysées afin de faciliter la prise de décisions; accès aux données afin d'assurer une forte présence et un solide engagement des patients et des familles lors de l'élaboration et de la mise en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité et de la sécurité à tous les paliers du système de soins de santé.
- **Provinces et territoires – engagement** : Les infirmières et les infirmiers sont aux premières lignes des soins de santé. Ils doivent être aux côtés des leaders provinciaux et territoriaux afin d'orienter, éclairer et renforcer la prise de décisions. Pour le faire, le personnel infirmier de première ligne, et les autres professionnels de la santé, doivent participer à toute transformation dans le secteur de la santé (cette disposition devrait faire partie de toute nouvelle législation). Finalement, les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent continuer d'encourager le gouvernement fédéral à remplir son rôle dans le secteur de la santé, à fournir le financement adéquat et à exercer un leadership à l'échelle nationale.

Dans l'esprit du dernier Accord sur la santé, les premiers ministres devraient s'engager à mettre en œuvre ces cinq éléments et à donner un compte rendu annuel au public et aux principaux intervenants du secteur de la santé.

En qualité de représentante des premières lignes des soins de santé, la FCSII a un message pour les leaders provinciaux et territoriaux :

1. Premièrement, nous devons nous unir et nous opposer à l'érosion continue, par le gouvernement fédéral, du financement alloué aux provinces pour la santé. La réduction du financement se traduit (et continuera de se traduire) en résultats de santé négatifs pour tous les Canadiens, et entraînera une perte majeure d'infirmières et d'infirmiers au sein du système de soins de santé.
2. Nous devons nous unir pour élaborer et mettre en œuvre un programme national d'assurance-médicaments dans le pays. Cela permettrait d'économiser jusqu'à 11,4 milliards par année et cet argent pourrait être réinvesti dans le système de soins de santé.
3. Les leaders du secteur de la santé doivent offrir un soutien aux soins de première ligne et les améliorer dans tous les secteurs du système de soins de santé. Les décisions relatives à la dotation doivent être fondées sur les besoins des patients, les pratiques exemplaires, et les données probantes, plutôt qu'être motivées par des compressions budgétaires irréflechies.
4. Il faut élaborer une stratégie nationale à long terme sur les ressources humaines en santé qui prévoit une distribution plus équitable et efficiente du personnel infirmier, un soutien à la main-d'œuvre actuelle grâce à la dotation axée sur la sécurité, de meilleures mesures de sécurité au travail afin d'assurer la sécurité des patients, ainsi que des initiatives pour assurer des emplois stables et permanents aux nouveaux diplômés en sciences infirmières.
5. Finalement, les infirmières et les infirmiers ont prouvé, par le passé, qu'ils pouvaient être des partenaires-clés pour les premiers ministres, et ils ont démontré l'efficacité des innovations qu'ils pilotaient au sein du système. Nous sommes prêts à planifier, innover et à mettre en œuvre des initiatives mais, pour le faire, les infirmières et les infirmiers doivent être des partenaires lors des discussions futures au sujet des innovations et de la structuration du système. Ainsi, les leaders pourront mettre en place des solutions efficaces à long terme.





References

1. Conference Board of Canada. (2014). How Canada Performs. Tiré de <http://www.conferenceboard.ca/hcp/details/health.aspx>
2. Conseil canadien de la santé. (2013). *Rapport de progrès 2013 : Renouvellement des soins de santé au Canada*. Ottawa: Auteur.
3. OCDE. (2013). *Panorama de la santé 2013*. Tiré de <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/panorama-de-la-sante.htm>
4. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. (2013). *Réévaluer les produits et services de santé subventionnés afin d'offrir des soins appropriés*. Tiré de http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/impact-stories/paprica-fr_final.pdf?sfvrsn=2
5. Association canadienne de santé publique. (2013). L'intérêt économique d'investir dans la santé publique et les DSS. Tiré de <http://www.cpha.ca/fr/programs/social-determinants/frontlinehealth/economics.aspx>
6. Gagnon, Marc-André. (2014). *Vers une stratégie rationnelle d'assurance-médicaments*. Ottawa: FCSII.
7. Informetrica Limited (2013). *Tendances : absentéisme en raison de maladie ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public. Faits en bref*. Rapport préparé par Informetrica Limited pour la FCSII. Tiré de <https://nursesunions.ca/report-study/absenteeism-and-overtime-quick-facts-2013>
8. FCSII. (2011). *De la recherche à l'action. Des solutions appliquées dans un milieu de travail infirmier*. Document d'information de la FCSII. Tiré de http://fcsii.ca/sites/default/files/2011.backgrounder.rta_fr.pdf
9. Harrington, C., O'Meara, J., Collier, E., Schnelle, J. (2003). Nursing indicators of quality in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 5-11, octobre 2003.
10. 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).
11. Berry, L., et Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. Ottawa: FCSII.

12. Organisation mondiale de la santé. (2013). *Towards people-centred health systems: An innovative approach for better health outcomes*. Genève: Auteur.
13. Francis, R. (2013). *Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry Final Report*. Tiré de <http://www.midstaffspublicinquiry.com/>
14. Frank, J.R. et S. Brien, (corédacteurs) au nom du Comité directeur sur les compétences liées à la sécurité des patients. (2008). *Les compétences liées à la sécurité des patients – L'amélioration de la sécurité des patients dans les professions de la santé*. Ottawa: Institut canadien pour la sécurité des patients.
15. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2011). *Australian Safety and Quality Framework for Health Care. Putting the framework into action: getting started*. Tiré de <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2011/01/ASQFHC-Guide-Healthcare-team.pdf>
16. Berwick, D. (2013). *A promise to learn—a commitment to act. Improving the safety of patients in England*. National Advisory Group on the Safety of Patients in England. Tiré de https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/226703/Berwick_Report.pdf
- Keogh, B. (2013). *Review into the quality of care and treatment provided by 14 hospital trusts in England: overview report*. Tiré de <http://www.nhs.uk/NHSEngland/bruce-keogh-review/Documents/outcomes/keogh-review-final-report.pdf>
17. Francis, R. (2013). *Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry Final Report*. Tiré de <http://www.midstaffspublicinquiry.com/> <http://www.midstaffspublicinquiry.com/>
18. Taylor, Ian; Baker, Marc. (2010). Lean Healthcare: Who's (or Where's) the Boss. *Lean Health Blogspot*. Tiré de <http://lean-health.blogspot.ca/2010/02/whos-or-where-boss.html>
19. American Nurses Association. (2009, mars 20). *ANA's Safe Staffing Saves Lives Campaign Secures Victory for Patient Safety*. (communiqué de presse). Tiré de http://nursingworld.org/HomepageCategory/NursingInsider/Archive_1/2009-NI/Mar-09-NI/Safe-Staffing-Campaign-Victory-for-Patient-Safety.html
20. Rozdilsky, J., Alecxu, A. (2012). Saskatchewan: Improving Patient, Nursing and Organizational Outcomes Utilizing Formal Nurse-Patient Ratios. *Nursing Leadership*, 25(Sp) March 2012: 103-113. doi:10.12927/cjnl.2012.22802.
21. Stephen C. Schoenbaum, et al. (2008). *Organizing the U.S. Health Care Delivery System for High Performance: Executive Summary*. The Commonwealth Fund. Tiré de <http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2008/Aug/Organizing-the-U-S--Health-Care-Delivery-System-for-High-Performance.aspx>
22. Needleman J, Buerhaus PI, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. (2001). *Nurse staffing and patient outcomes in hospitals*. Boston: Harvard School of Public Health.
- Aiken L. et al. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *J Am Med Assoc* 2002; 288: 1987–1993.
- 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.
23. Estabrooks, C., et al. (2011). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Journal of Nursing Administration*, 41 (7/8), S58 — S68.
24. Denis, J.L., et al. (2011). *Analyse des initiatives pour la transformation des systèmes de soins de santé : Des leçons à tirer pour le système de santé du Canada*. Séries d'études de la FCRSS sur la transformation des services de santé : Document 1. Tiré de <http://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/11-07-21/c70d5dc2-98b6-43cb-b735-e03144d0cf7a.aspx>
25. Royal College of Nurses. (2013). *Moving Care to the Community: An International Perspective*. Tiré de http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0006/523068/12.13_Moving_care_to_the_community_an_international_perspective.pdf

26. Romanow, R. (2012). *The Future of Health Care: Medicare must be preserved and made truly comprehensive*. Ottawa: Centre canadien de politiques alternatives.
27. North East LHIN. (2011) HOME First Shifts care of Seniors to HOME. *LHINfo Minute*, Northeastern Ontario Health Care Update. Tiré de <http://www.nelhin.on.ca/WorkArea/showcontent.aspx?id=11258>
28. Institute for Healthcare Improvement. IHI Triple Aim Initiative. Tiré de <http://www.ihl.org/offerings/Initiatives/TripleAIM/Pages/default.aspx>
29. Institut canadien d'information sur la santé. (2014). *Le personnel infirmier règlementé 2013*. Rapport. Ottawa: Auteur.
30. Informetrica Limited (2013). *Tendances : absentéisme en raison de maladie ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public. Faits en bref*. Rapport préparé par Informetrica Limited pour la FCSII. Tiré de <https://nursesunions.ca/report-study/absenteeism-and-overtime-quick-facts-2013>
31. Institut canadien d'information sur la santé. (2014). *Le personnel infirmier règlementé 2013*. Rapport. Ottawa: Auteur.
32. AIIC. (2013, 8 octobre). *Tendances problématiques des effectifs infirmiers, selon le rapport*. (communiqué de presse) Tiré de <http://www.cna-aiic.ca/fr/salle-des-nouvelles/communiques-de-presse/2013/tendances-problematiques-des-effectifs-infirmiers-selon-le-rapport>
33. Garrett, K. (2012). *Transforming Care at the Bedside (Phase 2)*. Robert Wood Johnson Foundation. Tiré de <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2012/rwjf403009>
34. MacPhee, Maura. (2014). *Valoriser la sécurité des patients. Structure responsable de la main-d'œuvre*. Tiré de <http://fcsii.ca/nouvelles/valoriser-la-s-curit-des-patients-structuration-responsable-de-la-main-d-uvre>
35. National Health Service. (2010). *Improving healthcare quality at scale and pace – Lessons from The Productive Ward. Releasing time to care Programme*. NHS Institute for Innovation and Improvement. Tiré de http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/productivity_series/productive_ward.html
36. Wortsman, A., Crupi, A. (2009). *Des manuels aux messageries textes. Aborder les problèmes de diversité intergénérationnelle dans le milieu de travail infirmier*. FCSII. Tiré de <https://fcsii.ca/tapport-et-%C3%A9tudes/des-manuels-aux-messageries-textes-aborder-les-problemes-de-diversite-intergenerat>
37. Sabine, S., William, D. (2007). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(l): 45-58.
38. Ontario Nurses' Association. (2006). *Patients Matter: the roots of a health care problem and how to alleviate it*. Ottawa: Auteur.
39. Maîtriser les files d'attente. (2011, 24 mars). Présentations, Docteurs Patricia O'Connor & Brenda MacGibbon. Tiré de http://www.fcass-cfhi.ca/NewsAndEvents/Events/Taming_of_the_Queue/TamingOfTheQueue2011/TamingOfTheQueue2011FinalReport/Introduction/Day1ThursdayMarch24.aspx
40. Brinkerhoff, D. (2003). *Accountability and Health Systems: Overview, Framework, and Strategies*. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc. Tiré de <http://www.who.int/management/partnerships/accountability/AccountabilityHealthSystemsOverview.pdf>
41. Idem.
42. Cutter, B. (2011, 23 mars). Accountability in Health Care: Definition and Implementation. *Lyceum Newsletter Perspectives*. Tiré de <http://www.talkingtransitions.com/2011/03/how-to-define-and-implement.html>
43. Berry, L., Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients. Comprendre la valeur du*

personnel infirmier, les répercussions des charges de travail excessives et comment les ratios infirmière-patients et les modèles dynamiques de dotation peuvent aider. Ottawa: FCSII.

44. Janowitz, S. (2014). *Nursing Workforce: Retirement and New Graduate Employment Trends*. Ottawa: FCSII. Non publié.

45. Idem.

46. Buxton, M.J. (2006). Economic evaluation and decision-making in the UK. *Pharmacoeconomics*. 2006;24 (11):1133-42.

47. Francis, R. (2013). *Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry Final Report*. Tiré de <http://www.midstaffpublicinquiry.com/> <http://www.midstaffpublicinquiry.com/>

48. Idem.

49. NHS Employers. Safe Staffing Guidance. Tiré de <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/plan/nursing-workforce/safe-staffing-guidance>

50. American Nurses Association. (2013, 8 mai). *Registered nurse staffing bill introduced into Congress*. (communiqué de presse). Tiré de <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/NurseStaffing/Registered-Nurse-Safe-Staffing-Bill-Introduced-in-Congress.pdf>

51. McGillis Hall, L., et al., (2006). Decision Making for Nurse Staffing: Canadian Perspectives. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(4).

52. Mando, J., Saleh, G. (2014). Overcoming the Challenges of Lean in Public Health. *The Lean Post*, 28 janvier 2014. Tiré de <http://www.lean.org/leanpost/Posting.cfm?LeanPostId=136#UvTaufvxlkJ>

53. IOM et Robert Wood Johnson Foundation. (2010). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: The National Academies Press.

