

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

Lois Berry, IA, Ph. D.
Paul Curry, Ph. D. (c)



LA FÉDÉRATION
CANADIENNE
DES SYNDICATS
D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS

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

Lois Berry, IA, Ph. D.
Paul Curry, Ph. D. (c)



LA FÉDÉRATION
CANADIENNE
DES SYNDICATS
D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS

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 2012

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

« Les réalités du personnel infirmier de première ligne », présentées dans tout ce document, sont fondées sur des expériences vécues par des infirmières et des infirmiers. Toutefois, les noms et quelques détails ont été changés afin de protéger la confidentialité des infirmières, des infirmiers, des patients et des établissements.

Ce livre a été conçu et réalisé par la FCSII dans le but de fournir de l'information sur un sujet particulier ou 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 de la FCSII : Vicki McKenna, AIIO;
Deb Stewart, SIIM; Paul Curry, SIINÉ; Judith Grossman, IIUA;
Patricia Wejr, SIICB; Murielle Tessier, FIQ
Équipe du projet : Sean Dillon-Fordyce, Oxana Genina,
Deanna MacArthur, Ismail Maniliho
Traduction : Carole Aspiros

Première édition, septembre 2012

 Caw
OTTAWA

ISBN: 978-0-9868382-3-1

Imprimé et relié au Canada par
Imprimerie Plantagenet Printing



Table des matières



Newfoundland & Labrador
Nurses' Union

pei nurses
www.peiins.com



New Brunswick
Nurses Union
NBNU SUNB
Syndicat des
infirmières et infirmiers
du Nouveau-Brunswick



Manitoba
nurses
Union
A COMMITMENT TO CARING



United Nurses
of Alberta



Message de la présidente de la FCSII	7
Préface	11
Résumé	13
Recommandations	17
Introduction : Inaction malgré les données probantes	19
Historique du projet	25
La surcharge infirmière nuit aux patients	27
La surcharge infirmière accable le personnel infirmier	33
Problèmes au sein du système de soins de santé : Les ennuis commencent à la salle d'urgence	39
La charge de travail est le problème principal du personnel infirmier du Canada	47

Gérer la charge de travail infirmière et assurer une meilleure qualité et sécurité des soins	53
Modèles dynamiques de prise de décision partagée relativement à la dotation : Quoi, pourquoi et comment?	65
Les avantages financiers d'une meilleure dotation infirmière : Regardons la situation dans son ensemble	69
Les patients ont besoin de soins sécuritaires et de qualité. Le personnel infirmier a besoin de solutions	73
Recommandations	75
Références	78
Annexe A : La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers – Groupe de réflexion sur le projet lié à la charge de travail	85
Annexe B : Réunion des négociateurs des syndicats infirmiers	86
Annexe C : Table ronde « L'heure juste sur les lacunes des milieux de travail du secteur de la santé »	87

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Les téléphones sonnent et vous faites de votre mieux pour répondre aux questions au sujet des personnes que vous n'avez pas encore eu le temps d'évaluer. Le service des admissions a téléphoné pour une deuxième, troisième et quatrième admission. Lors de l'appel pour une cinquième admission, le personnel infirmier mentionne que la situation à l'étage est instable en ce moment et demande d'attendre qu'on ait traité les autres admissions avant d'envoyer d'autres patients. L'administrateur en fonction ne comprend pas la situation ni la lourdeur du processus d'admission, alors il est loin d'offrir un appui.

Dans moins de quatre heures, le personnel infirmier a admis cinq nouveaux patients en essayant en même temps d'évaluer, d'administrer des médicaments, et de préparer, pour la nuit, les autres clients dont ils ont la responsabilité. À 0 h 30 du matin, l'administration communique finalement avec l'urgence pour leur dire d'attendre jusqu'à ce que toutes les admissions aient été traitées à l'étage. À 1 h, l'urgence téléphone pour donner un rapport pour la prochaine admission. Longue nuit, aucune pause, et vous êtes carrément épuisée lorsque vous terminez votre quart. De plus, vous avez peur d'avoir, peut-être, oublié quelque chose.

Sherilyn (Ontario)

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.

Dotation sécuritaire =
qualité des soins

Message de la présidente de la FCSII Linda Silas



Le 26 juillet 2012, le premier rapport communiqué par le Groupe d'innovation en matière de santé, groupe créé par les premiers ministres provinciaux et territoriaux, a été accueilli par des applaudissements polis. « Petits pas », « solutions faciles », « évident et qui va de soi » sont des expressions utilisées pour décrire les efforts initiaux des premiers ministres. C'est, toutefois, un bon début pour six mois de travail.

Si certains d'entre nous applaudissent fort c'est pour essayer d'attiser cette étincelle de collaboration pancanadienne afin que les améliorations aux soins de santé se propagent dans tout le pays. Nous sommes vraiment ravis de savoir que les premiers ministres sont déterminés à continuer ce travail.

Les infirmières et les infirmiers savent que des changements sont nécessaires. Les hôpitaux du pays fonctionnent en surcapacité. Une norme généralement acceptée, relativement au taux d'occupation des hôpitaux, est 85 %. Or, la plupart des hôpitaux ont un taux d'occupation de 100 % ou plus. Le surpeuplement compromet les soins, engendre un taux élevé d'infections d'origine hospitalière et des réadmissions non nécessaires à l'hôpital. Sans parler des charges de travail atteignant des niveaux dangereux qui amorcent le cercle vicieux du manque de personnel.

Le personnel infirmier est presque deux fois plus susceptible de s'absenter en raison d'une maladie ou blessure que la moyenne des travailleurs de toute autre profession. En 2010, les heures supplémentaires, rémunérées et non rémunérées, des infirmières et des infirmiers du secteur public correspondent à 11 400 emplois équivalents temps plein.

Vingt pour cent des infirmières et des infirmiers du secteur hospitalier quittent leur emploi annuellement. Cela représente un coût, pour l'hôpital, estimé par certains à 25 000 \$ et par d'autres à 60 000 \$ par infirmière pour la transition. La charge de travail est souvent invoquée comme facteur clé du roulement de personnel.

Deux décennies d'études nationales et internationales ont établi, de façon constante, un lien très clair entre la dotation inadéquate en personnel infirmier et de piètres résultats des patients, y compris une augmentation du taux de mortalité, des pneumonies contractées à l'hôpital, des infections urinaires, des septicémies, des infections hospitalières, des plaies de pression, des saignements gastroduodénaux, des chocs et des arrêts cardiaques, des erreurs médicales, des échecs des secours, et des durées plus longues que prévues du séjour à l'hôpital.

Le lien entre la charge de travail du personnel infirmier et la sécurité des patients est aussi évident en soins de longue durée qu'en soins actifs. Ainsi, plus les patients reçoivent de soins directs, meilleurs sont les résultats, notamment taux inférieur de mortalité, meilleur état nutritionnel, meilleur fonctionnement sur le plan physique et cognitif, taux inférieur d'infections urinaires, moins de plaies de pression, et moins d'admissions à l'hôpital.

Nous ne pouvons plus ignorer les données liant les conditions de travail à la qualité des soins. Un niveau sécuritaire de dotation doit être un principe directeur pour les premiers ministres lors de la gestion des ressources humaines en santé. Malheureusement, dans le premier rapport du Groupe de travail, le mot « patient » n'apparaît pas dans la section sur les ressources humaines en santé. Or, c'est la sécurité des patients qui doit être la force motrice derrière les décisions liées à la dotation en personnel.

Trois décennies d'une approche cloisonnée en matière de planification des ressources humaines en santé se sont traduites en montagnes russes pour les travailleurs de la santé et les budgets en santé. La dotation sécuritaire va au-delà des champs d'activités et des soins dispensés par des équipes, même si les deux font parties des solutions aux charges de travail dangereuses. Le Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé doit travailler avec les associations de fournisseurs, les syndicats et les employeurs lors de la prochaine étape de la consultation. Le premier ministre Wall, co-président du Groupe de travail, a un modèle conçu dans sa province à partager, soit une entente de partenariat entre le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan et le gouvernement de la Saskatchewan, ainsi que les régies régionales de la santé, visant à établir des niveaux sécuritaires de dotation pour les patients.

Certains États et pays, notamment la Californie et l'Australie, ont des niveaux de dotation prescrits par la loi, afin de régler les problèmes liés à la charge de travail. Des études récentes établissent un lien entre les ratios infirmière-patients prescrits et de meilleurs résultats des patients. À cela s'ajoutent des économies pour le système de santé en raison d'une diminution de la durée du séjour à l'hôpital, des incidents néfastes et du roulement du personnel.

Les gouvernements devraient s'engager à établir des niveaux sécuritaires de dotation en personnel dans tout le continuum de soins. Les données sur les incidents néfastes devraient être associées aux données sur la charge de travail et celles sur la composition du personnel (éventail des compétences) afin d'aider les décideurs à améliorer les conditions de travail et la qualité des soins.

La voix des infirmières et des infirmiers du pays a été forte et claire. La dotation sécuritaire doit être un principe directeur et un résultat mesurable dans le secteur de la santé.

Cet ouvrage intitulé *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients* a été commandé par la FCSII à l'intention des décideurs et des responsables des politiques dans le secteur de la santé. La dotation sécuritaire est un premier pas dans la planification des ressources humaines qui mettent l'accent sur les besoins des patients.

J'aimerais remercier Lois Berry, Ph. D. pour son excellent travail de recherche et pour la rédaction de ce rapport. J'aimerais aussi souligner la contribution, les conseils et l'expertise de Paul Curry (SIINÉ) et du comité consultatif de la FCSII : Vicki McKenna et Jo Anne Shannon (Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario), Patricia Wejr (Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique), Deborah Stewart (Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba), Murielle Tessier-Dufour (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec), et Judith Grossman (Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta).

Nous devons aussi souligner le travail et l'engagement des chercheurs canadiens du secteur des soins infirmiers, qui ont participé à ce projet en nous consacrant leur temps et leur expertise :

- Mélanie Lavoie-Tremblay, Ph. D., École des sciences infirmières de l'Université McGill
- Patty O'Connor, Centre universitaire de santé McGill
- Judith Ritchie, Ph. D., Centre universitaire de santé McGill
- Linda McGillis Hall, Ph. D., École des sciences infirmières de l'Université de Toronto
- Ann Tourangeau, Ph. D., École des sciences infirmières de l'Université de Toronto
- Gail Tomblin Murphy, Ph. D., École des sciences infirmières de l'Université Dalhousie
- Marlene Smadu, Ph. D., Faculté des sciences infirmières de l'Université de la Saskatchewan
- Judith Shamian, Ph. D., Infirmières de l'Ordre de Victoria
- Maura MacPhee, Ph. D., École des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique
- Barbara Foster, Santé Canada

Nous savons tous qu'il faut trouver des façons de permettre, aux infirmières et aux infirmiers de première ligne, d'agir lorsqu'ils jugent que les soins sont compromis. Nous savons qu'une solution ne convient pas nécessairement à toutes les situations, toutefois, nous avons l'assurance que ce rapport permettra d'influencer les décisions relatives à la dotation et se traduira en avantages mutuels en raison des meilleures conditions de travail et d'une meilleure qualité des soins.



Linda Silas, I.I.

Présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Pénurie de personnel infirmier en soins de longue durée

Dans mon établissement, les infirmières et les infirmiers doivent faire des heures supplémentaires sur une base quotidienne, et nous faisons appel à des agences qui nous fournissent des infirmières pour une période de deux semaines après quoi elles quittent. Nous avons aussi une pénurie de personnel de soutien. Lorsque nous ne pouvons plus gérer la situation, les résidents en souffrent : des traitements ne sont pas administrés, il n'y a pas d'interaction avec le personnel infirmier, les soins de base ne sont pas dispensés. Pour nos résidents, nous sommes comme une famille mais nous ne sommes plus en mesure de donner du réconfort. Voilà longtemps que j'ai utilisé ce mot.

Mes résidents s'inquiètent aussi à mon sujet car je suis leur infirmière. Ils sont conscients des jours où je suis là tôt le matin et je suis encore là lorsqu'ils se couchent pour la nuit. Ils prennent le temps de me remercier d'être restée pour prendre soin d'eux et me disent d'aller me reposer. Ils ne devraient pas avoir à s'inquiéter parce que je travaille trop ou parce qu'ils ne savent pas s'il y aura une infirmière en fonction pour s'occuper d'eux.

Je ne me souviens pas quand je suis retournée à la maison après un quart de travail en sentant que j'avais répondu à tous les besoins de mes résidents. Pour les nouvelles infirmières, c'est la norme. Et c'est ça que je trouve le plus dérangent.

Shannon (Manitoba)

Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients

Préface Lois Berry, IA, Ph. D.



Ce rapport brosse un portrait qui nous porte à réfléchir sur la charge de travail infirmière et les répercussions sur les patients et leur famille. Malgré des années de recherche établissant un lien entre une dotation infirmière optimale, l'amélioration de la sécurité des patients, de meilleurs résultats en santé, et une meilleure qualité des soins, peu de gestes ont été posés pour assurer des niveaux sécuritaires de dotation en personnel infirmier. Cela s'avère particulièrement démoralisant à la lumière des nombreux rapports canadiens, publiés par d'importants organismes de recherche ou chargés d'élaboration de politiques, qui ont mis en relief leur inquiétude par rapport à la qualité de la vie au travail des infirmières et des infirmiers du pays, et aux répercussions sur ces personnes et les patients. Ces études, dont un grand nombre ont été commandées par le gouvernement, demandent, de façon persistante et urgente, d'agir immédiatement pour régler les problèmes liés à la charge de travail et aux conditions de travail du personnel infirmier.

Peu de choses ont changé pour le personnel infirmier et les patients au cours des vingt dernières années. En fait, au cours des huit derniers mois, mes échanges avec les infirmières et les infirmiers de tous les paliers du système de soins de santé, confirment que l'acuité et la complexité des besoins des patients continuent d'augmenter à un rythme incessant, et peu d'ajustements sont faits en matière de dotation. J'ai consulté des infirmiers et des infirmières de différents secteurs, des militants syndicaux, des gestionnaires de première ligne, des cadres infirmiers supérieurs, des chercheurs et

des décideurs en soins infirmiers, et tous m'ont fait part de leur frustration. Nous avons un système dans lequel la prise de décision est sensée être fondée sur les données probantes. Or, plusieurs infirmières et infirmiers croient que les décideurs n'ont rien fait par rapport à ces données.

Le personnel infirmier constitue le plus grand groupe de professionnels de la santé au sein du système de soins de santé. Ces personnes ont un haut niveau de scolarité, de compétences et sont perçues positivement par les patients et leur famille. Or, elles continuent d'exercer leur profession dans des systèmes qui ne font pas appel à leur expertise lors de la prise de décisions relatives aux soins des patients ou pour savoir comment l'effectif infirmier devrait être affecté pour dispenser ces soins. Le système n'a pas la souplesse nécessaire pour ajuster les heures disponibles de soins en fonction des changements par rapport à l'acuité des besoins des patients, ni la volonté politique de créer des systèmes tenant compte du fait que des vies peuvent être sauvées lorsque la dotation en personnel infirmier est établie en fonction des besoins des patients.

Dans d'autres pays et États, le personnel infirmier a contré cette inaction. En Californie et en Australie, les ratios infirmière-patients sont normalisés. Ils ont abandonné l'idée selon laquelle des interactions de bonne foi avec l'employeur allaient se traduire en dotation sécuritaire et, grâce à leurs efforts soutenus, les niveaux de dotation sont maintenant prescrits par la loi et les conventions collectives. Dans certaines régions des États-Unis, les infirmières et les infirmiers de première ligne ont collaboré avec les employeurs pour élaborer des modèles dynamiques de dotation axés sur une prise de décision partagée, et ils ont mis en place des processus de dotation qui tiennent compte de l'acuité et de la complexité des besoins des patients.

Des ratios infirmière-patients, normalisés et prescrits, et des modèles dynamiques de dotation axée sur la prise de décision partagée, ont donné au personnel infirmier quelque chose qui faisait défaut dans les processus traditionnels de dotation. Ils ont permis, aux infirmières et aux infirmiers de tous les paliers, de participer, directement et de façon autonome, à la prise de décisions relatives aux soins des patients. Ils ont entraîné la mise en place de processus dans lesquels le personnel infirmier se sent respecté et libre d'agir. De plus en plus d'études démontrent que de tels processus augmentent la sécurité des soins et améliorent les résultats des patients et des familles.

En qualité d'infirmière exerçant sa profession depuis 37 ans, j'ai vu croître mon angoisse et mon désarroi lorsque j'ai lu les études et les rapports cités dans cet ouvrage. Lorsque je lisais ces documents, je me posais la question suivante : Comment se fait-il que nous n'ayons pas agi dans la foulée de ces données probantes? Ma frustration s'est accrue davantage en parlant aux infirmières et aux infirmiers du pays dans le cadre de ce projet. Je pouvais facilement sentir leur colère et leur tristesse en raison de leur incapacité à dispenser les soins dans le cadre d'une profession qu'ils avaient choisie. Je continue à poser la question : pouvons-nous faire mieux?

Le but de ce document d'orientation est de sensibiliser les décideurs, les responsables des politiques, les représentants élus, et les dirigeants du secteur de la santé, aux données actuelles sur la dotation sécuritaire et les façons d'améliorer les résultats des patients. J'espère que cette information incitera les décideurs à vraiment faire mieux.

Résumé

Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients

À une époque où l'on semble respecter les prises de décisions fondées sur les données probantes, le mécontentement des infirmières et des infirmiers du Canada s'accroît de plus en plus car les décideurs n'agissent pas en fonction de l'abondance de données établissant un lien entre des niveaux sécuritaires de dotation en personnel infirmier et de meilleurs résultats des patients.

Deux décennies d'études nationales et internationales ont établi, de façon constante, un lien très clair entre la dotation inadéquate en personnel infirmier et de piètres résultats des patients, y compris une augmentation du taux de mortalité, des pneumonies contractées à l'hôpital, des infections urinaires, des septicémies, des infections hospitalières, des plaies de pression, des saignements gastroduodénaux, des chocs et des arrêts cardiaques, des erreurs médicales, des échecs des secours, et des durées plus longues que prévues du séjour à l'hôpital.

Au tout début du millénaire, le gouvernement canadien, et ceux d'autres pays, ont reconnu la crise touchant le secteur des soins. En raison de la pénurie infirmière à l'échelle internationale, et des données selon lesquelles le personnel infirmier est épuisé, stressé et submergé par leur milieu de travail, dix importants rapports nationaux ont été commandés, entre 2000 et 2006, dans le but de mieux comprendre les problèmes du personnel infirmier au sein du système de soins de santé.

Les conclusions de ces rapports sont conséquentes. En utilisant des expressions ou des phrases telles « crise intenable », « besoin urgent de réparer les dommages » et inquiétude par rapport à la « détérioration de la qualité du système de soins de santé du

pays », ces rapports demandent d'agir pour régler les problèmes du secteur des soins infirmiers dans le but ultime d'améliorer les soins dispensés aux patients.

Les recommandations comprises dans ces rapports se rangent dans deux grandes catégories : améliorer la charge de travail du personnel infirmier et améliorer la vie au travail du personnel infirmier. La plupart des recommandations ciblent ce qui suit : dotation pertinente, jumelage du champ d'activité aux besoins du patient, solutions à la cadence accrue et à la complexité du travail, réduction de l'absentéisme et de la fatigue chez le personnel infirmier, et meilleure intégration des soins entre les établissements de soins, et entre les établissements et la collectivité. Les rapports se sont attardés au milieu de travail en faisant des recommandations ciblant la création de milieux de travail respectueux envers le personnel infirmier grâce à la participation aux décisions relatives aux soins des patients et davantage de fonds alloués à la formation et au développement professionnel. Ces rapports préconisent les programmes visant à réduire la violence au travail. Ils soulignent l'importance d'augmenter le nombre d'inscriptions dans les écoles de sciences infirmières afin de redresser la situation en raison des réductions, motivées par le budget dans les années 1990, et ciblant la formation infirmière.

Malheureusement, peu de ces recommandations ont été mises en œuvre, sauf une augmentation du nombre de places dans les écoles infirmières et quelques projets pilotes sur les milieux de travail sains. En raison de cette inaction, les problèmes liés à la charge de travail et à la vie au travail du personnel infirmier sont toujours présents. En fait, ils s'enveniment.

Actuellement, les problèmes de surcapacité et de surpeuplement des urgences et dans tous les hôpitaux n'ont fait qu'exacerber la crise du secteur infirmier du début des années 2000. La surcapacité a engendré les « soins infirmiers dans les couloirs », i.e. soins dispensés dans les corridors, les salons des patients, et autres lieux inappropriés, mal équipés et exposés. La surcapacité survient surtout en raison du manque d'autres niveaux de soins dans la collectivité, dont manque de foyers de soins, de services communautaires et de soins à domicile. La surcapacité est liée à une augmentation du risque de morbidité et de mortalité à l'hôpital, y compris augmentation de la fréquence des pneumonies, mauvaise gestion de la douleur, mauvaise gestion des douleurs thoraciques aiguës, retard dans l'administration d'antibiotiques par rapport aux protocoles recommandés, augmentation du nombre de réadmissions à l'hôpital, et diminution du degré de satisfaction des patients.

Les milieux de travail malsains continuent de nuire à la sécurité des soins dispensés par le personnel infirmier. Les interruptions fréquentes, la confusion quant aux rôles, le soutien technique et humain limité, le manque d'intégration et de coordination au sein du système, l'augmentation continue de l'acuité des besoins des patients, l'absence de prise de décision de façon autonome et de participation aux décisions relatives aux soins des patients continuent d'avoir des répercussions négatives sur le personnel infirmier et leurs patients. De nos jours, le personnel infirmier affiche un degré élevé d'épuisement, d'absentéisme, de roulement, de fatigue et d'insatisfaction au travail. Les études établissent un lien direct entre le degré de satisfaction du personnel infirmier et celui des patients.

Selon des sondages, menés auprès du personnel infirmier de première ligne au Canada, les problèmes liés à la charge de travail et à la dotation sécuritaire sont les problèmes qui surviennent le plus souvent au travail sur une base quotidienne. Les

infirmières et les infirmiers mentionnent être à bout de patience en raison de l'inaction malgré les données probantes liant la dotation sécuritaire aux résultats positifs des patients.

Les infirmières et les infirmiers veulent des solutions à ces problèmes. Ils se tournent vers les solutions mises en œuvre en Californie et dans certains États de l'Australie où le personnel infirmier a réussi à faire pression et obtenir des ratios infirmière-patients prescrits par la loi et les conventions collectives. De tels ratios limitent le nombre de patients dont doit s'occuper l'infirmière. Par exemple, en Californie, un ratio de 1:4 est prescrit par la loi.

À New South Wales, en Australie, les ratios ont été déterminés en fonction d'une formule d'heures minimum de soins infirmiers, par patient, par jour. Cette formule peut varier selon les classifications au sein de l'hôpital mais, généralement, les ratios correspondent à 1:4 pour le quart de jour sur une période de sept jours. Les ratios peuvent varier dans certaines unités de soins dans lesquelles l'acuité des besoins est plus élevée. Des mécanismes, prescrits par la loi, permettent d'améliorer la dotation lors de périodes où l'acuité des besoins des patients augmente. La dotation en personnel peut être gérée au niveau de l'unité de soins. Les ratios correspondent à un minimum pour assurer un niveau sécuritaire de dotation, et non pas à un maximum.

De nouvelles études démontrent une amélioration des résultats des patients à la suite de la mise en place de ratios prescrits. Des études ciblant l'expérience australienne démontrent une diminution de la fréquence des incidents directement liés aux soins infirmiers (indicateurs de résultats liés aux soins infirmiers), y compris diminution du taux de mortalité, des complications du système nerveux central, des ulcères, des gastrites, des saignements duodénaux, des septicémies, des plaies de pression, et de la durée du séjour à l'hôpital. Des études ciblant l'expérience californienne révèlent des résultats similaires par rapport au taux de mortalité, et indiquent qu'un nombre significativement plus grand d'infirmières et d'infirmiers mentionnent des charges de travail raisonnables et une amélioration de la qualité des soins. Cette amélioration de la qualité des soins a été mentionnée par les infirmières et les infirmiers de première ligne et ceux occupant des postes de gestion. Après la mise en œuvre des ratios prescrits, on a aussi observé une augmentation significative du nombre d'infirmières et d'infirmiers mentionnant être satisfaits au travail.

Une alternative aux ratios prescrits est un modèle dynamique de prise de décision partagée relativement à la dotation. Ce modèle tient compte à la fois des caractéristiques des patients et du personnel infirmier, et comprend un processus grâce auquel le personnel infirmier de première ligne participe directement aux décisions relatives à la dotation. Le modèle synergique de prestation des soins de l'American Association of Critical Care Nurses a été adapté à la prise de décisions relatives aux secteurs autres que les soins intensifs, et a été mis en œuvre en Colombie-Britannique et en Saskatchewan. La prise de décision partagée a augmenté la participation des infirmières et des infirmiers aux décisions relatives à la dotation, et ils accordent une très bonne cote à ce processus.

Il est important de souligner que le coût lié à une augmentation de la dotation infirmière peut être largement, voire même entièrement, récupéré par l'établissement. Cela s'explique par le lien confirmé entre une augmentation de la dotation infirmière et la diminution de la durée du séjour, des réadmissions, de la morbidité, des erreurs médicales

et du roulement du personnel infirmier. Si l'on va au-delà des murs des établissements de santé, on observe que, pour l'ensemble de la société, les économies réalisées en raison d'une plus grande productivité sont beaucoup, beaucoup plus importantes que les coûts pour augmenter la dotation.

Les ratios infirmière-patients prescrits, et les modèles dynamiques de prise de décisions partagée, sont encourageants pour les infirmières et les infirmiers de première ligne qui sont à bout de patience en raison de l'inaction à améliorer la charge de travail et la vie au travail du personnel infirmier, ainsi que l'expérience des patients et de leur famille. Le personnel infirmier veut qu'on agisse immédiatement pour mettre en place des processus de dotation sécuritaire. Les infirmières et les infirmiers demandent, avec instance, aux décideurs de mettre en œuvre, immédiatement, de tels mécanismes ainsi que des procédures de collecte de données permettant de consigner l'amélioration prévue aux résultats des patients. De plus, le financement des établissements et des programmes de santé devrait se faire en fonction des améliorations des résultats des patients et des indicateurs de la charge et des conditions de travail du personnel infirmier.

Les rapports canadiens publiés au cours de la dernière décennie illustrent clairement jusqu'à quel point la situation infirmière est le miroir de la situation dans le système de soins de santé. En ce moment, il est impératif de régler les problèmes liés à la charge de travail et à la vie au travail du personnel infirmier si nous voulons améliorer les résultats des patients, ainsi que leur expérience et celle de leur famille dans le système canadien de soins de santé.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

J'ai travaillé au sein de l'unité pendant quatre mois avant de quitter. Si j'y réfléchis, je me rends compte que j'éprouvais une détresse éthique ou morale car je ne pouvais pas dispenser le niveau de soins que méritaient mes patients. Je retournais à la maison et je me sentais horrible car la moitié de mes patients n'avaient pas eu leur bain cette journée-là.

Sidney (Saskatchewan)

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

Recommandations Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Principales recommandations

Que les décideurs :

1. S'engagent immédiatement à agir pour mettre en place des modèles de dotation sécuritaire dans tout le continuum de soins. Les mesures devraient comprendre des ratios sécuritaires de dotation selon lesquels les personnes sont remplacées par des personnes ayant les mêmes compétences, et selon lesquels le patient est jumelé à une infirmière ayant les compétences pertinentes.
2. Financent immédiatement la mise en œuvre d'un modèle national de dotation sécuritaire, en utilisant soit les ratios infirmière-patients ou un modèle dynamique de prise de décision partagée, par exemple le modèle synergique de prestation des soins.
3. Honorent l'obligation de rendre compte au sein du système de soins de santé afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins aux patients en allant plus loin que les éléments actuellement mesurés (temps d'attente, paramètres liés au volume et à la rémunération au rendement), et allouent plutôt les fonds aux établissements en fonction des améliorations par rapport aux résultats des patients et aux indicateurs relatifs au personnel infirmier (diminution de l'absentéisme, de l'épuisement, du roulement, etc.). Des mécanismes de responsabilisation devraient être en place afin que les employeurs et les décideurs chargés du financement soient tenus responsables des décisions relatives à la dotation en personnel et des répercussions sur les patients, le personnel et les budgets.

Recommandations à l'appui

Que les décideurs :

4. S'inspirent des données issues d'études nationales et internationales pour élaborer les modèles de dotation et les pratiques, et qu'ils respectent les lignes directrices fondées sur les données probantes, dont les lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario relatives aux pratiques exemplaires.
5. Financent, de façon ciblée, les initiatives visant une meilleure qualité du milieu de travail infirmier en améliorant la charge de travail infirmière et les résultats des patients.
6. Normalisent la collecte des données en soins de santé, y compris les indicateurs relatifs au personnel infirmier, et rendent ces données facilement accessibles aux décideurs grâce à des formats électroniques faciles à comprendre et à gérer, et pouvant être utilisés lors de la prise de décisions à l'échelle locale ou dans l'ensemble du système.
7. Fassent participer le personnel infirmier à tous les paliers par rapport à la mise en œuvre de solutions pour régler les problèmes du secteur infirmier.
8. S'occupent des problèmes liés à la gouvernance dans le secteur de la santé, en commençant aux premières lignes et en progressant vers le haut.
9. Clarifient le champ d'activité du personnel infirmier et le rôle des travailleurs non réglementés au sein du système, et assurent le remplacement des infirmières par des infirmières en éliminant les modèles de remplacement qui posent des risques et entraînent une fragmentation des soins.
10. Règlent le problème de la surcapacité au sein du système par une meilleure intégration des services entre les unités, et entre les hôpitaux et les collectivités. Cela peut se faire par un meilleur financement des soins à domicile et des organismes dispensant d'autres niveaux de soins, et en améliorant l'accès aux soins de santé primaires.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

C'est le changement de quart de travail, et les infirmières essaient de compléter leurs rapports. Ce ne sont plus des rapports verbaux, vous les lisez à l'ordinateur. Le personnel compte deux personnes de moins car l'infirmière en chef et le commis d'unité ont quitté pour la journée. Leurs rôles et responsabilités sont maintenant les nôtres. Les téléphones sonnent...

Katie (Nouveau-Brunswick)

Charge de travail du
personnel infirmier et
soins aux patients

**Inaction malgré les
données probantes**

Introduction

La transformation et l'innovation sont au cœur des programmes des organisations nationales et provinciales visant l'amélioration de la qualité des soins de santé et, par conséquent, de meilleurs résultats de santé, une meilleure expérience pour les Canadiens et les Canadiennes, et un meilleur contrôle des coûts au sein du système. Les organismes de recherche, dont les Instituts de recherche en santé du Canada, allouent une part importante de leurs fonds annuels aux nouvelles études visant l'amélioration de la qualité des soins de santé au Canada. Le personnel infirmier canadien se réjouit de l'accent mis sur les nouvelles études ciblant l'amélioration de la qualité. Toutefois, la frustration est grandissante chez les infirmières et les infirmiers de première ligne, les dirigeants en soins infirmiers et les chercheurs, en raison du défaut d'agir des gouvernements par rapport à *ce que nous savons déjà* pour améliorer la qualité et les résultats des patients.

En fait, que savons-nous? Nous savons que les infirmières et les infirmiers ont un impact sur les résultats des patients. Nous savons que des soins infirmiers de qualité diminuent les complications, la durée du séjour à l'hôpital et, par conséquent, les dépenses de santé. Deux décennies de recherche nous ont appris que la charge de travail infirmière, ainsi que la qualité des milieux de travail infirmiers, affectent les résultats des patients. Nous savons que les infirmières et les infirmiers sont surchargés et fatigués. Les milieux de travail sont loin de faciliter leur tâche : interruptions fréquentes, confusion quant au rôle, soutien technique et humain limité, absence d'intégration et de coordination, et augmentation continue de l'acuité des besoins

des patients. Si nous voulons vraiment améliorer les résultats de santé et la qualité des soins, nous devons inciter les décideurs du secteur de la santé à agir en tenant compte de ce que nous savons déjà, et à régler les problèmes liés à la charge de travail et aux milieux de travail infirmiers.

Comment savons-nous que la charge de travail infirmière et les milieux de travail infirmiers ont un impact sur les résultats des patients? Les infirmières et les infirmiers le savent intuitivement depuis le début de leur carrière. Deux décennies de rapports nationaux ont fourni des preuves inéluctables aux responsables des politiques au Canada, et ces données sont appuyées par plus de 100 études nationales et internationales.

Entre 2000 et 2006, dix rapports nationaux majeurs ont été publiés au Canada. Ces rapports portent sur la crise relative à la planification des ressources humaines au Canada et mettent l'accent sur des problèmes au sein de la main-d'œuvre infirmière (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2006). Ces rapports comprennent :

- Comité consultatif sur les ressources humaines en santé (2000). *La stratégie pour les soins infirmiers au Canada*. Comité consultatif sur les ressources humaines en santé
- Baumann et al. (2001). *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
- Comité consultatif sur les ressources humaines en santé (2002). *Notre santé, notre avenir. Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Comité consultatif sur les ressources humaines en santé
- Kerr et al. (2002). *Surveillance de la santé du personnel infirmier au Canada*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
- Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (2004). *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses. A Progress Report on Implementing the Final Report of the Canadian Nursing Advisory Committee*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques
- Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers (2005). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada*. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers
- Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (2005). *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines

- El-Jardali et Fooks (2005). *Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada. Problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts*. Conseil canadien de la santé
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (2006). *Les maux qui affligent nos infirmières. Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
- Ellis, Priest, MacPhee et Sanchez McCutcheon (2006). *Allier dotation et sécurité : Synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité des patients*. Fondation canadienne de recherche sur les services de santé

Cette abondance de rapports a été motivée par les conditions entourant les soins infirmiers à cette époque mais ils sont encore plus urgents en raison de la pénurie massive prévue de personnel infirmier. Selon un rapport publié en 1997 par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, on prévoit une pénurie de 59 000 à 113 000 infirmières et infirmiers autorisés d'ici 2011 si aucune mesure immédiate n'est prise (Ryten, 1997).

Les résultats de ces études sont constants. En utilisant des expressions telles « crise insoutenable », « besoin urgent de réparer les dégâts », et inquiétude par rapport à la « détérioration de la qualité du système de santé du pays », ces rapports dressent un portrait troublant d'une main-d'œuvre infirmière stressée et poussée au-delà de ses capacités.

Les recommandations comprises dans ces rapports se rangent dans deux grandes catégories : améliorer la charge de travail et la vie au travail du personnel infirmier. La plupart des recommandations ciblent ce qui suit : dotation pertinente, jumelage du champ d'activité aux besoins du patient, solutions à la cadence accrue et à la complexité du travail, réduction de l'absentéisme et de la fatigue chez le personnel infirmier, et meilleure intégration des soins entre les établissements de soins, et entre les établissements et la collectivité. Les rapports se sont attardés au milieu de travail et font des recommandations pour créer des milieux de travail respectueux envers le personnel infirmier grâce à la participation aux décisions relatives aux soins des patients, et pour allouer davantage de fonds à la formation et au développement professionnel. Ces rapports préconisent les programmes visant à réduire la violence au travail. Ils soulignent l'importance d'augmenter le nombre d'inscriptions dans les écoles de sciences infirmières afin de redresser la situation en raison des réductions, motivées par les budgets des années 1990, et ciblant la formation infirmière.

Toutes ces recommandations sont appuyées par des études canadiennes et internationales portant sur la charge de travail infirmière, la vie au travail du personnel infirmier, les résultats des patients, et la qualité des soins. Dans les années qui ont suivi, plusieurs autres études nationales et internationales se sont ajoutées. En fait, la recherche établissant un lien entre la dotation en personnel infirmier et les résultats des soins a littéralement explosé au cours des quinze dernières années (Clarke, 2008).

Malheureusement, peu de choses ont changé. Malgré tous ces rapports et ces études, rien n'a été fait par rapport à ce que l'on sait. Les gouvernements ont fait preuve d'inaction, sauf un appui à l'augmentation du nombre d'inscription aux programmes de sciences infirmières, et aux projets pilotes visant les milieux de travail sains. Les mesures se font attendre malgré l'élaboration de normes en matière de sécurité des patients et de qualité des milieux de travail. Ces normes doivent être respectées par les établissements de santé pour obtenir leur agrément. Ainsi, les établissements doivent évaluer et améliorer la sécurité des clients, promouvoir un milieu de travail sain et sans risque, ainsi que la qualité de la vie au travail (Agrément Canada, 2012). Dès le rapport de 2004 examinant le succès de la mise en œuvre des recommandations du rapport de 2002 du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, les auteurs ont observé un déclin de l'intérêt à résoudre les problèmes du secteur infirmier (Maslove et Fooks, 2004).

Les problèmes ne se sont pas envolés pour autant. Le Canada fait toujours face à une pénurie de personnel infirmier. À la suite de la diminution du nombre de places dans les écoles de sciences infirmières, motivées par les budgets des années 1990, ce n'est qu'en 2003 que le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés est revenu au niveau de 1993. En raison de l'augmentation de la population, nous n'avons toujours pas retrouvé le ratio infirmières-population que nous avons au début des années 1990 (Institut canadien d'information sur la santé, 2012). Si la tendance se maintient, le Canada aura une pénurie de 60 000 postes IA ETP d'ici 2022 (Tomblin Murphy et al., 2009).

La pénurie constante de personnel infirmier continue d'avoir un effet néfaste sur les milieux de travail. Selon une étude de 2011 examinant les données sur la main-d'œuvre, étude commandée par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, les heures supplémentaires, rémunérées et non rémunérées, du personnel infirmier du secteur public en 2010 correspondaient à 11 400 postes à temps plein, soit un coût annuel de 891 000 000 \$ (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2011).

Le roulement du personnel continue à empoisonner le système de soins de santé. Au Canada, une infirmière d'hôpitaux sur cinq, en moyenne, quitte son emploi à chaque année et cela représente un coût de 25 000 \$ par infirmière pour l'établissement (O'Brien-Pallas, Tomblin Murphy, Shamian, Li et Hayes, 2010). Des études américaines mentionnent un coût encore plus élevé par personne, soit jusqu'à 67 000 \$ (Tschannen, Kalisch et Lee, 2010). L'épuisement, la fatigue et l'absentéisme, en raison de la charge de travail excessive, continuent d'avoir un effet néfaste sur les résultats des patients et à représenter un coût considérable pour le système. Le coût est encore plus élevé pour remplacer le roulement de personnel au sein des unités de soins infirmiers spécialisés.

Ce document de politique s'adresse aux décideurs du secteur de la santé et se veut une mise à jour de la recherche sur la situation actuelle du personnel infirmier relativement à la charge de travail, la vie au travail et les répercussions sur les patients et le personnel infirmier. Il met en relief des solutions potentielles à ces problèmes de longue date et s'attarde particulièrement à la mise en œuvre, en Californie et en Australie, de ratios infirmière-patients imposés par la loi. Il recommande des mesures pour améliorer les résultats des patients et l'expérience des familles en s'attaquant, de façon musclée et immédiate, à la charge de travail infirmière et à la qualité de la vie au travail du personnel infirmier.

Remarque : Inévitablement, ce document s'appuie davantage sur les données relatives au personnel infirmier autorisé (IA) que sur celles relatives aux infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et aux infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA) car il y a beaucoup moins de données par rapport à ces groupes. Dans toute la mesure du possible, nous avons tenu compte des données relatives à ces groupes.

Les dispositions en matière de réglementation de la pratique ainsi que les rôles du personnel infirmier auxiliaire et du personnel infirmier psychiatrique varient grandement au pays. Des études s'imposent pour déterminer la composition adéquate des équipes de soins lors de situations particulières afin que la contribution de tous les membres de l'équipe soit reconnue et que les compétences des membres soient utilisées adéquatement.

Selon les chercheurs canadiens et les leaders du secteur de la santé, les rôles des autres professionnels de la santé et des équipes multidisciplinaires devraient aussi faire l'objet d'études et de recommandations (Hanson, Fahlman et Lemonde, 2007; Smadu et McMillan, 2007). Les approches axées sur la collaboration devraient mettre l'accent sur l'optimisation des champs d'activité, les rôles pertinents, et la mise en place de soutiens adéquats, notamment travailleurs de la santé non réglementés et aide technique (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2010). Recherche et action sont nécessaires si nous voulons que les patients reçoivent des soins du bon fournisseur, dans le milieu de soins approprié, grâce à des outils pertinents et à suffisamment de temps pour dispenser des soins de qualité.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Sur une période d'un an, j'ai pris quarante livres et j'ai commencé à avoir de la difficulté à arriver à l'heure au travail. Une fois, j'ai été réprimandée devant les autres membres du personnel en raison de mon retard. Quelques semaines plus tard, alors qu'il y avait une crise dans ma famille, j'ai téléphoné pour demander un congé personnel et j'ai senti que la gestionnaire doutait de mon intégrité. Cette journée-là, j'ai fait une demande pour passer d'un poste ETP à un poste occasionnel.

Francis (Alberta)

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Secteur des soins de longue durée

Je suis infirmière autorisée et je travaille dans un établissement de soins de longue durée. Je suis responsable de trois unités pouvant accueillir 70 résidents. Je travaille avec une équipe d'infirmières auxiliaires autorisées et de préposés aux soins personnels. Ma journée commence normalement mais elle se détériore rapidement. Je reçois un appel d'une des unités. Un résident a fait une chute et l'IAA pense qu'il s'est fracturé la hanche. Je me rends à l'unité et évalue le patient. Oui, sa hanche est fracturée. Pendant que je suis là, je reçois un autre appel me disant qu'un résident au sein d'une autre unité a de la difficulté à respirer et semble avoir de la douleur. Je me promène entre les deux unités, faisant les évaluations et les interventions, j'organise le transport à l'hôpital pour les deux résidents. En plus de tout cela, des membres de la famille attendent pour me parler, un médecin vient d'arriver pour faire la visite des malades, et j'ai été incapable de compléter mes tâches régulières. Plusieurs heures plus tard, je peux finalement respirer mais je suis très découragée. Ce n'est pas correct. Les résidents méritent mieux.

Susan (Terre-Neuve-et-Labrador)

L'inquiétude augmente de plus en plus chez les membres et les dirigeants de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). Un nombre croissant d'infirmières et d'infirmiers relatent des expériences négatives, vécues par les patients, en raison d'une dotation inadéquate en personnel infirmier. L'angoisse exprimée par le personnel infirmier de première ligne, incapable de dispenser les soins requis par leurs patients, a motivé la FCSII à agir.

Selon la FCSII, il était impératif de préciser les problèmes actuels liés aux soins des patients et à la charge de travail infirmière, ainsi que les mesures nécessaires pour les régler. La première étape du processus a été un groupe de réflexion, tenu en décembre 2011, regroupant seize personnes, dont des dirigeants du secteur infirmier du Canada, des universitaires, des chercheurs et des décideurs. Ces leaders ont donné leur vision des problèmes actuels liés à la charge de travail infirmière et des répercussions sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Ils ont parlé des études nationales et internationales portant sur la charge de travail infirmière, des finances du secteur de la santé, et des solutions à mettre en œuvre.

Deux autres réunions de leaders du secteur des soins infirmiers et de la santé ont eu lieu en janvier 2012 afin d'obtenir davantage de données. Le 12 janvier 2012, la FCSII a réuni ses négociateurs provinciaux dans le cadre d'une rencontre avec des organisations infirmières de la Californie et de l'Australie, dans le but de se familiariser aux répercussions des ratios infirmière-patients, prescrits par la loi, et mis en œuvre dans ces régions. Le 31 janvier 2012, des représentants de la FCSII, avec le soutien du Bureau

de la politique des soins infirmiers, ont rencontré des représentants d'organisations infirmières, de syndicats, et d'établissements de soins, dans le cadre d'une table ronde visant à préciser les lacunes et les succès dans les milieux de travail infirmiers. Les idées et les commentaires soulevés lors de ces rencontres ont servi d'assise à ce document de politique (Voir annexes A, B et C pour la liste des participants).

Des consultations avec ces dirigeants du secteur des soins infirmiers ont confirmé ce qui ressort de ce rapport : l'inaction à régler les problèmes engendrés par les charges de travail infirmières excessives ne s'explique pas par l'absence de données probantes sur les solutions pertinentes. Ce n'est pas non plus en raison de l'absence de financement. *Il s'agit d'un manque de volonté politique à agir en tenant compte des données probantes.* Certes, il est important de recueillir d'autres données, particulièrement dans les établissements autres que ceux de soins actifs, mais il est nécessaire d'agir. Les dirigeants du secteur des soins infirmiers ont offert des perspectives très différentes (syndicats, employeurs, gouvernements, associations professionnelles, universitaires, administrateurs, décideurs). Or, ils étaient unis dans leur message. Ils ont souligné l'importance de traduire les études en langage intelligible pour les décideurs et le public. Les infirmières et les infirmiers de tous les paliers doivent collaborer entre eux, et avec les patients et les familles, pour que leur message soit plus évident aux yeux des décideurs. Ils doivent explorer collectivement les façons d'agir par rapport à ce que nous savons déjà. Les données sont très claires pour les leaders du secteur infirmier. Le temps est venu d'agir.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Secteur des soins de longue durée

En qualité d'infirmière travaillant le quart de soirée, je dois composer quotidiennement avec une monstrueuse charge de travail.

L'établissement peut accueillir 60 résidents aux besoins variés (diabète, soins palliatifs, canule sodique, canule de trachéotomie).

Je dois superviser six préposés aux soins, faire des vérifications de la bâtisse (dont vérifier la chaufferie, les extincteurs à eau), remplacer le personnel, faire un exercice par mois d'évacuation en cas d'incendie. Je ne suis pas en mesure de dispenser la qualité de soins que méritent les résidents et pour lesquels ils ont payé.

Diane (Île-du-Prince-Édouard)

Les résultats de la recherche sont sans équivoque. La surcharge de travail en soins infirmiers affecte négativement les résultats des patients. En 2002, deux études charnières, menées aux États-Unis, ont établi un lien irréfutable entre les niveaux de dotation infirmière et les résultats des patients. En se basant sur les données administratives recueillies dans 799 hôpitaux de 11 États, Needleman et al. (2002) ont établi un lien très clair entre la dotation infirmière, les taux de mortalité, les pneumonies d'origine hospitalière, les infections urinaires, la septicémie, les infections nosocomiales (d'origine hospitalière), les ulcères de pression, les saignements gastroduodénaux, les états de choc et les arrêts cardiaques, les erreurs médicales, les chutes, et les séjours à l'hôpital plus longs que prévu (généralement attribuables à des complications ou à un retard dans l'administration des traitements) (Needleman, Buerhaus, Mattke et Stewart, 2002).

Une autre étude, menée en 2002, a examiné les données recueillies auprès de plus de 10 000 infirmières et infirmiers et de plus de 232 000 patients ayant reçu leur congé de 168 hôpitaux de la Pennsylvanie. Cette étude établit un lien entre les ratios infirmière-patients et les décès qui auraient pu être évités. Dans les unités de chirurgie, chaque patient ajouté à la charge de travail d'une infirmière fait augmenter de 7 % le risque qu'un patient meure sous les soins de cette infirmière. Avec chaque patient supplémentaire, l'épuisement chez l'infirmière ou l'infirmier augmente de 23 %, et l'insatisfaction au travail augmente de 15 % (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et Hiber, 2002).

Le nombre d'infirmières et d'infirmiers nous fait voir seulement une partie du tableau. Il faut aussi examiner les conditions dans lesquelles ces personnes travaillent. Qui fait partie de l'équipe de soins infirmiers? Quels sont leurs rôles? Quel est le niveau d'expérience des membres de l'équipe? Le niveau de scolarité? Combien d'heures ont-ils travaillé cette journée-là? Au cours d'une semaine? Combien de jours de congé? Tous ces facteurs affectent les résultats des patients.

Comment expliquer le fait que les infirmières et leur travail affectent les résultats des patients?

Selon les études, la composition de l'équipe infirmière, l'établissement des horaires de travail, la nature des relations au sein et à l'extérieur de l'équipe, les ressources et le temps dont disposent les membres de l'équipe pour la planification et la prestation des soins sont tous des éléments ayant une incidence sur les résultats des patients. Une étude canadienne a examiné les taux de mortalité à 30 jours de patients ayant reçu leur congé de grands et de moyens hôpitaux de soins actifs de l'Ontario. Selon cette étude, les taux inférieurs de mortalité à 30 jours étaient liés aux hôpitaux ayant un pourcentage plus élevé de IA, un pourcentage plus élevé d'infirmières ayant un baccalauréat, et les hôpitaux dans lesquels le personnel infirmier a mentionné une dotation et des ressources plus adéquates, une plus grande utilisation des plans et des protocoles de soins, et une plus grande qualité des soins (Tourangeau, Doran, McGillis Hall, O'Brien Pallas, Pringle, Cranley et Tu, 2006).

Les horaires de travail du personnel infirmier influencent aussi les résultats des patients. Les risques de décès à la suite d'une pneumonie sont 31 % plus élevés dans les hôpitaux où le personnel infirmier mentionne des horaires comportant de nombreuses heures, et ces décès sont 24 % plus susceptibles de se produire lorsque le personnel infirmier doit limiter le temps de repos entre les quarts de travail. Chez les patients ayant subi un infarctus aigu du myocarde, le risque de décès augmente de 33 % lorsque le nombre d'heures de travail et de jours consécutifs de travail est élevé. L'augmentation est de 39 % pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive lorsque les infirmières ou les infirmiers mentionnent avoir travaillé pendant qu'ils étaient malades (Trinkoff et al., 2011).

Selon une étude menée en Alberta, les taux de mortalité à 30 jours sont inférieurs lorsque la composition du personnel comprend une proportion plus élevée de IA par rapport au personnel non IA, et lorsqu'il y a une proportion moins élevée de personnel infirmier occasionnel et temporaire par rapport au personnel infirmier permanent à temps plein. Selon la même étude, les taux de mortalité à 30 jours sont inférieurs dans les hôpitaux ayant un score plus élevé à l'échelle des relations axées sur la collaboration entre les infirmières et les médecins (Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker et Giovannetti, 2011).

Les patients sont aussi à risque lorsque les infirmières et les infirmiers sont souvent interrompus pendant leur travail (McGillis Hall, Pedersen et Fairley, 2010). Selon une étude canadienne récente, 89 % des interruptions peuvent avoir un effet néfaste potentiel sur la sécurité des patients. Les interruptions augmentent grandement le risque d'erreur, particulièrement d'erreurs par rapport aux médicaments.

Les interruptions viennent de partout. Selon une étude canadienne portant sur les interruptions pendant le travail du personnel infirmier, un tiers des interruptions viennent des autres membres de l'équipe de soins, 25 % sont attribuables à d'autres infirmières, et 25 % aux patients, aux familles et aux visiteurs. Les interruptions sont très liées à la communication entourant les soins aux patients. Vingt-cinq pour cent sont liées à essayer de trouver le patient ou les fournitures pour les patients. Un tiers des interruptions se sont faites pendant l'évaluation du patient ou pendant les interventions, un tiers pendant le temps consacré à la documentation, et 19 % pendant la préparation ou l'administration des médicaments (McGillis Hall et al., 2010).

Charge de travail, dotation et résultats des patients

Les études continuent d'enrichir les conclusions des études menées antérieurement par Aiken et al. (2002) et par Needleman et al. (2002), selon lesquelles la dotation en personnel infirmier a des répercussions sur les résultats des patients. Une étude californienne établit un lien entre l'augmentation de la dotation infirmière et la diminution de la mortalité dans les hôpitaux (Harless et Mark, 2010). Selon une étude menée au Michigan auprès de 13 000 patients s'étant fracturé la hanche, le taux de mortalité à l'hôpital diminue de 0,16 pour chaque IA ETP ajouté par jour-patient (Schilling et Dougherty, 2011).

Dans une étude américaine sur les données administratives des hôpitaux, Needleman et al. (2011) ont examiné les décès lors de situations où la dotation infirmière était souvent de huit heures ou plus sous la norme recommandée. Le risque de décès a augmenté dans les établissements où la dotation était souvent sous les normes. Le risque de mortalité a aussi augmenté au sein des unités présentant un taux élevé de roulement des patients. Cela peut s'expliquer par l'augmentation du temps devant être consacré, par le personnel infirmier, aux admissions et aux évaluations avant de donner le congé de l'hôpital, aux interactions avec les patients et les familles, et la nécessité d'élaborer, immédiatement, des plans de soins lorsque des patients sont admis au sein des unités au cours d'un quart de travail, et de planifier les sorties lorsque d'autres patients reçoivent leur congé de l'hôpital (Needleman, Buerhaus, Pankratz, Leibson et Stevens, 2011).

Selon 28 études internationales, une augmentation de la dotation infirmière est liée à un taux inférieur de mortalité au sein des unités de soins intensifs, de chirurgie et de médecine. Augmenter de un (1) le nombre d'IA par jour-patient se traduit en moins d'incidences de pneumonies d'origine hospitalière, d'extubation non prévue, d'insuffisance respiratoire et d'arrêt cardiaque dans les unités de soins intensifs, et en risque moins élevé d'échec des secours au sein des unités de chirurgie (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval et Wilt, 2007). Les études menées au sein des unités de soins intensifs appuient les résultats de celles menées dans les unités de soins non intensifs. Selon un examen systématique de 26 études menées en soins intensifs, une diminution de la dotation au sein des unités de soins intensifs était liée à une augmentation des effets néfastes dans presque toutes ces études (Penoyer, 2010).

Les études ont aussi ciblé des résultats infirmiers particuliers, y compris les infections nosocomiales (d'origine hospitalière), les réadmissions, les chutes, l'échec des secours, la durée du séjour à l'hôpital, les erreurs liées aux médicaments, et le degré de satisfaction des patients par rapport aux résultats des patients.

Infections nosocomiales

La dotation en personnel infirmier a une incidence sur les taux d'infections. Selon une étude canadienne récente, des niveaux plus élevés de dotation infirmière sont liés à un nombre moins élevé d'infections causées par le staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) (Manojlovich, Souraya, Covell et Antonakos, 2011).

Réadmissions

Les études continuent de démontrer qu'une amélioration de la dotation en personnel infirmier diminue les incidences de réadmission. Selon une étude américaine récente, une augmentation de 0,71 des heures IA par jour-patient est associée à 45 % moins de risque d'une visite à l'urgence après avoir reçu son congé de l'hôpital. Or, une augmentation de 0,08 des heures supplémentaires du personnel infirmier autorisé est liée à une augmentation de 33 % des chances d'avoir à se rendre à l'urgence de façon non prévue (Bobay, Yakusheva et Weiss, 2011).

Chutes

Selon une étude menée en 2011 portant sur les chutes dans les hôpitaux militaires des États-Unis, une proportion plus grande de IA, par rapport au personnel de soutien non autorisé, est liée à un nombre moins élevé de chutes au sein des unités de médecine et chirurgie et des unités de soins intensifs. Un nombre plus élevé d'heures de soins infirmiers par quart de travail est significativement lié à une moins grande incidence de chutes et de chutes avec blessure. Un nombre plus élevé de chutes est associé à une augmentation de l'acuité des besoins des patients au sein des unités de médecine et chirurgie. Une population plus élevée de patients est associée à une augmentation des chutes dans les unités de soins courants et les unités de médecine et chirurgie (Patrician, Donaldson, Loan, Bingham, McCarthy, Brosch et Fridman, 2011).

Échec des secours

Dans le secteur des soins infirmiers, l'échec des secours se traduit en décès du patient et survient habituellement lorsque le personnel infirmier n'a pu observer ou repérer l'apparition d'une complication et agir à temps (Shever, 2011). Selon les études, le nombre de fois qu'une infirmière observe et évalue un patient pendant une journée influence directement les résultats du patient. Les chercheurs font référence à ces évaluations et observations en parlant de surveillance infirmière qui se définit par l'acquisition intentionnelle et continue de données relatives au patient, l'interprétation et la synthèse de ces données aux fins de prise de décisions cliniques. De toute évidence, le temps pouvant être consacré à la surveillance infirmière dépend du niveau de dotation infirmière. Selon une étude américaine récente, lorsque la surveillance infirmière se fait en moyenne 12 fois par jour ou plus, il y a une diminution significative des échecs des secours (Shever, 2011).

Durée du séjour

Une dotation adéquate en personnel infirmier peut diminuer la durée du séjour à l'hôpital. Selon un examen systématique de 17 études portant sur la durée du séjour et les coûts hospitaliers, et sur le lien entre la dotation infirmière et la durée du séjour, un

nombre plus élevé d'heures de soins infirmiers est lié à une diminution de la durée du séjour (Thungjaroenku, Cummings et Embleton, 2007). Selon une étude américaine, la durée du séjour est réduite de 24 % aux soins intensifs et de 31 % dans les unités de chirurgie lorsqu'on augmente de un (1) la dotation IA de base par jour-patient (Kane et al., 2007). La durée du séjour est un élément important du coût de l'hospitalisation. L'Institut canadien d'information sur la santé estime à 6 983 \$ le coût de la durée moyenne du séjour à l'hôpital au cours de l'année de référence 2004 (Institut canadien d'information sur la santé, 2009).

Erreurs par rapport aux médicaments

Il y a abondance de données selon lesquelles une meilleure dotation infirmière et de meilleures heures de travail diminuent les erreurs liées aux médicaments. Selon une étude américaine menée en 2009, l'incidence d'erreurs liées aux médicaments est plus élevée lorsque les demandes relatives aux soins des patients augmentent (Holden et al., 2011). Selon une étude américaine menée en 2010, le personnel infirmier qui travaille plus de 40 heures par semaine est 28 % plus susceptible de signaler le fait que les patients ont reçu occasionnellement ou fréquemment le mauvais médicament ou la mauvaise dose. L'incidence de signaler avoir administré occasionnellement ou fréquemment le mauvais médicament ou la mauvaise dose augmente de 2 % avec chaque heure supplémentaire de plus par semaine (Olds et Clarke, 2010).

Satisfaction du patient, expérience du patient

Les infirmières et les infirmiers jouent un rôle crucial dans l'expérience vécue par le patient. Selon une étude fondamentale des ressources humaines au Canada, menée en 2001, la satisfaction au travail du personnel infirmier est le plus important prédicteur du degré de satisfaction des patients (Baumann et al., 2001).

Il y a un lien très clair entre la charge de travail infirmière, la qualité de la vie au travail du personnel infirmier et le degré de satisfaction des patients. Selon une étude américaine menée en 2009 dans 430 hôpitaux, la qualité du milieu de travail infirmier est liée positivement à toutes les mesures du degré de satisfaction du patient (Kutney-Lee et al., 2009). Selon une étude récente menée dans cinq unités du Centre universitaire de santé McGill, une augmentation de 8 % des soins directs aux patients, dispensés par des IA, est liée à une amélioration de 30 % du score donné par les patients relativement à la capacité du personnel soignant à répondre aux besoins (O'Connor, Ritchie, Drouin et Covell, 2012).

Les énoncés de position de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) sur les soins axés sur les patients dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et le secteur des soins à domicile, ainsi que ses lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires, notamment *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines, Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload Processes*, nous fournissent des données et servent de guide pour éclairer les pratiques exemplaires en matière de dotation axée sur la sécurité (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2007; 2010a; 2010b). Autrement dit, plusieurs des outils nécessaires pour améliorer l'expérience du patient sont déjà entre nos mains.

La dotation infirmière est l'un des rares volets des soins de santé au Canada qui ne tient pas compte des données probantes lors de la prise de décisions.

McGillis Hall & al. (2006). Decision Making for Nurse Staffing: Canadian Perspectives. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(4), p. 267.

Charge de travail du
personnel infirmier et
soins aux patients

La surcharge infirmière
accable le personnel
infirmier

Chapitre 3

Les résultats des études portant sur la surcharge infirmière et les résultats des patients sont conséquents et concluants. Ils le sont aussi par rapport à l'impact de la surcharge de travail sur le personnel infirmier. Les répercussions négatives des charges de travail excessives et des milieux de travail de piètre qualité sont connues depuis longtemps. Michael Decter, Ph. D., auteur du rapport publié par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, dit ce qui suit dans son avant-propos :

Il est urgent de réparer les dégâts qu'une décennie de réforme et de restructuration du système des soins de santé a fait subir au secteur des soins infirmiers. Il est impérieux qu'on y apporte des changements constructifs. Toutefois, un simple retour à des jours plus heureux n'assurera pas aux Canadiennes et aux Canadiens des services infirmiers de haute qualité, qui sont la pierre d'assise d'un système de soins de santé plus large. Nous décrivons dans ce rapport les raisons pour lesquelles le Canada a besoin d'un plus grand effectif d'infirmières et doit leur offrir de meilleures conditions de travail. Nous y demandons également que les travailleuses de ce secteur soient traitées avec plus de respect... Je souhaite donc que ce rapport suscite un sentiment d'urgence quant aux problèmes clairement définis auxquels est confronté le secteur des soins de santé. Des solutions s'imposent (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002, p. V).

Malgré de tels appels à l'action, peu de choses ont changé pour le personnel infirmier dans la décennie qui a suivi la publication de ce rapport et, depuis 2002, cette situation est mise au jour continuellement (Shamian et El-Jardali, 2007). Les problèmes persistants affectant la qualité de la vie au travail du personnel infirmier sont l'épuisement, le roulement de personnel, la fatigue et l'absentéisme.

Épuisement

Alia Accad, infirmière et expert en matière d'épuisement chez le personnel infirmier, résume la question :

Voilà 40 ans que je me consacre à l'étude du stress et de l'épuisement, et une chose est très claire : l'épuisement survient lorsque des personnes travaillent en conflit avec leurs valeurs les plus profondes. Les infirmières et les infirmiers ont la capacité de travailler fort et inlassablement pendant des années lorsqu'ils se sentent en harmonie avec eux-mêmes et qu'ils accordent de la valeur à leur travail. Toutefois, travailler pendant de longues périodes sans satisfaction personnelle tirée des efforts déployés est une situation idéale pour engendrer l'épuisement. Certes, le stress physique est épuisant mais le stress spirituel qui est vécu lorsque la personne n'est pas en harmonie avec sa vérité et ses valeurs est dévastateur (Accad, 2009). [Traduction]

En raison des charges de travail actuelles qui sont débilitantes, de l'absence de consultation par rapport à l'affectation des tâches, et de l'absence de prise de décisions autonome par rapport aux soins des patients, l'épuisement chez les infirmières et les infirmiers a atteint des niveaux sans précédent. Ils sont tout simplement incapables de dispenser les soins dont leurs patients ont besoin. Ils ne peuvent respecter leurs obligations professionnelles, juridiques et déontologiques envers les patients et les familles, et l'angoisse qui s'ensuit a des effets néfastes.

Le burnout est un phénomène international. Selon une étude menée dans six pays, et ciblant près de 55 000 infirmières et infirmiers, des niveaux plus élevés d'épuisement sont liés à des scores inférieurs accordés à la qualité des soins, qu'importe les perceptions du personnel infirmier de leur milieu de travail (Poghosyan, Clarke et Finlayson, 2010).

Une étude de 546 infirmières et infirmiers de 42 hôpitaux de la Belgique établit un lien entre le milieu de travail à l'échelle de l'unité de soins et l'épuisement, la satisfaction au travail, l'intention de quitter son emploi, et la perception de la qualité des soins (Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans et Van de Heyning, 2010).

L'épuisement affecte davantage le personnel infirmier de première ligne que leurs collègues. Selon une étude transversale de 95 499 infirmières américaines, les infirmières dispensant des soins directs aux patients affichaient des degrés significativement plus élevés d'insatisfaction au travail et d'épuisement que les infirmières occupant d'autres postes. Conformément aux résultats d'une étude canadienne menée en 2001 (Baumann et al., 2001), les patients dans les hôpitaux où le personnel infirmier affiche un degré élevé d'insatisfaction et d'épuisement ont des degrés moins élevés de satisfaction par rapport aux soins (McHugh, Kutney-Lee, Cimiotti, Sloane et Aiken, 2011).

Une étude canadienne récente appuie les résultats d'études internationales selon lesquelles l'épuisement persiste chez le personnel infirmier. L'étude révèle aussi un volet important de l'épuisement chez le personnel infirmier au Canada : l'épuisement n'est pas

limité aux infirmières et infirmiers plus âgés et défraîchis. Selon une étude récente menée au Québec auprès de 309 nouvelles infirmières, 43 % mentionnent un degré élevé de détresse psychologique. Selon la même étude, 62 % des participants avaient l'intention de quitter leur emploi actuel pour d'autres emplois dans le secteur infirmier, et 13 % avaient l'intention de quitter la profession pour de bon (Lavoie-Tremblay, O'Brien-Pallas, Desforges et Marchionni, 2008).

L'épuisement est lié au manque de respect. Les infirmières et les infirmiers victimes d'épuisement ne croient plus qu'ils peuvent faire une différence. Plusieurs, en raison du milieu de travail et de la charge de travail, ne croient plus que leur travail a une valeur. Accad, dans ses conseils pour éviter l'épuisement, mentionne l'importance de retrouver la passion pour son travail. Elle dit aux infirmières et aux infirmiers : « L'épuisement ne peut vous atteindre lorsque votre cœur est enflammé » (Accad, 2009). Or, pour un trop grand nombre d'infirmières et d'infirmiers, cette flamme vacille et est en train de s'éteindre car leur vie au travail ne leur offre pas l'occasion de dispenser les soins dont leurs patients ont besoin.

Roulement du personnel

Des taux élevés de roulement du personnel infirmier créent un problème important au sein du système de soins de santé. Selon une étude canadienne récente, le taux moyen de roulement dans les 41 hôpitaux participants était de 19,9 %. Des taux de roulement plus élevés sont associés à un degré moins élevé de satisfaction au travail. Des degrés élevés d'ambiguïté par rapport au rôle et les conflits de rôle sont associés à une détérioration de la santé mentale chez les infirmières de ces établissements. Il y a aussi un lien entre des degrés plus élevés de roulement et d'ambiguïté quant au rôle et une augmentation du risque de faire des erreurs. Selon des études récentes, le coût du roulement varie mais est toujours très élevé : en moyenne 25 000 \$ par infirmière (O'Brien-Pallas et al., 2010), ou entre 21 514 \$ et 67 100 \$ par infirmière (Tschannen, Kalisch et Lee, 2010), voire même 1,3 fois le salaire de l'infirmière qui quitte (Jones et Gates, 2007). Les coûts du roulement comprennent le recrutement, la publicité, les coûts de remplacement pendant les jours de congé (y compris heures supplémentaires, fermeture de lits, transferts à d'autres établissements), embauchage, orientation, diminution de la productivité, erreurs potentielles, piètre milieu de travail, perte de connaissances organisationnelles, et roulement supplémentaire (Jones et Gates, 2007).

Selon une étude descriptive transversale de 100 unités de soins dans 10 hôpitaux des États du Midwest, les unités affichant des taux plus élevés d'omission des soins et d'absentéisme affichaient aussi un nombre plus élevé de personnes ayant l'intention de quitter leur emploi. L'omission des soins est définie comme tout élément des soins qui est omis ou retardé significativement (Tschannen, Kalisch et Lee, 2010).

Fatigue

La fatigue chez le personnel infirmier affecte leur capacité de dispenser efficacement des soins aux patients. En 2010, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) et l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) ont mené une étude importante sur la fatigue et la sécurité des patients, et ont observé des niveaux importants de fatigue chez le personnel infirmier. La fatigue est définie comme suit :

... un sentiment subjectif de fatigue (ressenti par les infirmières) qui pénètre physiquement et mentalement. Elle varie de la simple fatigue à l'épuisement, causant un état général tenace qui nuit à la capacité physique et cognitive de la personne de fonctionner normalement. Elle est multidimensionnelle à la fois par ses causes et par ses manifestations, et influencée par des facteurs physiologiques (p. ex., les rythmes circadiens), psychologiques (p. ex., stress, éveil, somnolence), comportementaux (p. ex., habitudes de travail, habitudes de sommeil) et environnementaux (p. ex., exigences du travail). La fatigue combine des caractéristiques physiques (p. ex., somnolence) et psychologiques (p. ex., usure de compassion, épuisement émotionnel). Elle peut nuire considérablement au fonctionnement et peut persister en dépit des périodes de repos (Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010, p.1).

Les 6 312 infirmières et infirmiers canadiens ayant participé à l'étude de l'AIRC et la RNAO précisent que la fatigue a des répercussions négatives par rapport à l'engagement, la prise de décision, la créativité, l'aptitude à résoudre les problèmes, en fait, toutes les composantes essentielles pour assurer la sécurité des soins aux patients dans un système où tout se déroule à un rythme rapide. Selon le personnel infirmier, les facteurs suivants les empêchent d'agir par rapport à leur fatigue : la charge de travail (mentionnée par 73 % des participants à l'étude), la responsabilité professionnelle d'être là pour les patients (70 %), le sentiment de ne pas vouloir laisser tomber les collègues (66 %), et la culture selon laquelle on doit faire plus avec moins (60 %). Les causes de la fatigue invoquées par le personnel infirmier sont la charge de travail, le travail par quarts, dont les quarts de 12 heures et travailler plus de 12 heures lors d'un quart, l'acuité des besoins des patients, le peu de temps pour le développement professionnel et le mentorat, un recul du leadership organisationnel et des processus décisionnels, et une période de repos inadéquate pendant ou entre les quarts de travail (Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2010). De toute évidence, les infirmières et les infirmiers sentent qu'ils ont une obligation morale envers leurs patients, et cela les empêche d'agir pour diminuer leur degré de fatigue.

Absentéisme

En raison du stress dans leur vie au travail, les infirmières et les infirmiers trouvent difficile de se rendre au travail. Selon une analyse des données relatives à la main-d'œuvre, menée par Statistique Canada en 2010, une moyenne de 19 200 infirmières et infirmiers canadiens étaient absents du travail à chaque semaine en raison de maladie ou d'incapacité. Neuf pour cent des infirmières du secteur public, faisant habituellement 30 heures par semaine, sont absentes à chaque semaine en raison de maladie ou d'incapacité. C'est presque le double du taux pour toutes les autres professions confondues, et ce taux demeure plus élevé que celui de toutes les autres professions de la santé. En 2010, l'absentéisme du personnel infirmier en raison de maladie ou d'incapacité représentait 711 millions de dollars (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2011).

Un examen systématique des bases de données en ligne de 1986 à 2006 a mis l'accent sur les prédicteurs potentiels de l'absentéisme chez le personnel infirmier. Selon les résultats, la satisfaction au travail, le degré d'attachement à l'organisation, et l'engagement au travail diminuent l'absentéisme chez le personnel infirmier, alors que l'épuisement et le stress l'augmentent (Davey, Cummings, Newburn-Cook et Lo, 2009).

Les problèmes liés à la charge de travail excessive et aux milieux de travail de piètre qualité ne se limitent pas aux établissements de soins actifs. Une étude canadienne récente, menée auprès de 675 IA, IAA et autre personnel de 26 établissements de soins de longue durée, a examiné le milieu de travail et les facteurs qui lui sont liés, la satisfaction au travail et l'intention de changer de travail. Selon l'étude, un plus grand degré de satisfaction au travail se traduit en un degré moins élevé d'épuisement émotionnel, un sentiment plus grand d'autonomie, un meilleur soutien organisationnel, et une plus grande cohésion au sein des groupes de travail. Par ailleurs, un degré moins élevé de satisfaction au travail, une plus grande fatigue psychologique et une moins grande cohésion au sein des groupes de travail sont liés à un désir plus grand de changer de travail (Tourangeau, Cranley, Laschinger et Pachis, 2010).

Peu d'études ont été menées sur la charge de travail infirmière dans le secteur des soins à domicile. Une étude récente a exploré les problèmes liés à la mesure de la charge de travail dans le secteur des soins à domicile au Canada. Les auteurs ont observé qu'il existe des outils de mesure de la charge de travail dans ce secteur mais ils ont seulement été utilisés deux fois au Canada. Malgré l'utilité confirmée de ces outils, leur utilisation n'a pas été maintenue car on n'avait pas le personnel requis ni les ressources financières (Mildon, 2011).

La fatigue, l'épuisement, l'absentéisme et le roulement sont plus susceptibles de survenir lorsque le personnel infirmier est insatisfait par rapport aux conditions de travail (O'Brien-Pallas et al., 2001; Irvine et Evans, 1995; Greco, Laschinger et Wong, 2006; Laschinger, 2004; Lasota, 2009). Cette insatisfaction prend souvent racine dans les charges de travail excessives et la dotation inadéquate (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2012; Greenglass, Burke et Moore, 2003). Régler ces problèmes est, de toute évidence, la façon d'améliorer la vie au travail du personnel infirmier tout en améliorant la qualité et la sécurité des soins pour les patients et les familles.

Les problèmes liés à la charge de travail infirmière, et à la vie au travail du personnel infirmier, ne sont pas simplement une question d'offre et de demande. Ils sont un symptôme de problèmes systémiques, i.e. au sein même du système de soins de santé.

Qu'est-ce que la détresse morale dans le secteur infirmier?

Le désarroi moral ou éthique survient lorsque les infirmières et les infirmiers ne sont pas en mesure de respecter leurs obligations ou engagements moraux, ou n'arrivent plus à être à la hauteur de leurs propres attentes en matière de pratique conforme à la déontologie (Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada, 2008). La détresse morale survient lorsque le personnel infirmier sait ce qu'il doit faire mais est incapable de le faire. Storch, Rodney et Starzomski (2013) affirment que ce sont les obstacles à l'autonomie du personnel infirmier, et la détresse qui s'ensuit, qui menacent le bien-être et la sécurité du personnel infirmier et, en fin de compte, celle des patients. La détresse morale a augmenté dans le secteur infirmier au cours des dernières années.

La restructuration, le manque de ressources humaines et matérielles, les milieux de travail perturbés, l'augmentation de l'acuité des besoins des patients et le transfert des soins aux familles... ont engendré un important chaos moral au sein de la profession infirmière. À notre avis, la prévalence de ce chaos moral a créé un hiver moral pour notre profession... La métaphore d'hiver moral vient du paysage moral de la pratique infirmière qui est devenu gelé et dort enseveli sous des couches de contraintes contextuelles. Lorsque les infirmières et les infirmiers sont incapables de mettre frein aux pratiques immorales, ils deviennent gelés eux aussi. Lorsque des pratiques inférieures aux normes deviennent la norme, et que les détériorations des normes professionnelles ne sont pas remises en question, un hiver moral s'installe graduellement. [Traduction]
(Storch, Rodney et Starzomski, 2013, p. 190)

Les problèmes de surcapacité sont une cause importante des charges de travail excessives. Ce problème existe dans tous les établissements de soins de santé mais il est probablement plus évident et commun dans les salles d'urgence. Les problèmes de surcapacité dans les salles d'urgence nous fournissent une lentille au travers laquelle on peut observer les problèmes plus généraux liés à l'organisation des soins des patients, à la charge de travail et aux résultats des patients au sein du système de soins de santé. Le service d'urgence a été décrit comme le « canari dans la mine de charbon », car ce qui se passe dans les salles d'urgence reflète la santé et l'efficacité de l'ensemble du système (Laupacis et Born, 2011). Les problèmes engendrés par la surcapacité à la salle d'urgence sont symptomatiques des problèmes au sein d'autres unités ou secteurs du système.

On a observé le problème de surcapacité des salles d'urgence au Canada à la suite de la restructuration importante du système et de la réduction des effectifs amorcée au cours des années 1990 (Bond et al., 2007). Cela a donné lieu à l'élaboration de protocoles de surcapacité dans les établissements. Ces protocoles sont des stratégies à court terme. Les patients sont sortis de la salle d'urgence et placés dans des unités de soins, des couloirs, des salles de bains, des salons des patients et, par conséquent, les salles existantes sont utilisées au-delà de leur capacité. « Soins infirmiers dans les couloirs » est l'expression utilisée lorsque l'on doit prendre soin des patients dans ces lieux temporaires (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009). Les soins infirmiers dans les couloirs ont des répercussions négatives sur la capacité du personnel infirmier

à dispenser des soins. Plus important encore, ils représentent un risque à la sécurité des patients.

Diluer le problème et le cacher dans un coin : surcapacité dans les salles d'urgence et soins infirmiers dans les couloirs

Les médias canadiens mettent continuellement en relief le surpeuplement des salles d'urgence (CTV News, 2011; Wingrove, 2010; Yuen, 2009). Le surpeuplement à la salle d'urgence se définit comme suit : « ...situation qui survient lorsque la demande de services dépasse la capacité de dispenser des soins en un délai raisonnable. Par conséquent, les médecins et le personnel infirmier sont incapables de dispenser des soins de qualité. » [Traduction] (Association canadienne des médecins d'urgence et National Emergency Nurses Affiliation, 2001). Selon un sondage mené auprès de 158 directeurs de services des urgences au Canada, 62 % mentionnent le surpeuplement de la salle d'urgence comme problème majeur dans l'année ayant précédé le sondage (Bond et al., 2007).

L'engorgement des salles d'urgence n'a rien de bon pour qui que ce soit

La cause la plus importante du surpeuplement des salles d'urgence est l'impossibilité d'admettre les patients de l'urgence au sein des unités de soins de l'hôpital (British Columbia Medical Association, 2011). En Colombie-Britannique, plus du tiers des patients en attente d'un lit d'hôpital doivent attendre plus de 10 heures après la décision de les admettre à l'hôpital (British Columbia Medical Association, 2011). Plusieurs raisons expliquent le manque d'accès aux soins hospitaliers en temps opportun : moins de lits disponibles dans les hôpitaux, pénurie de personnel (plus particulièrement personnel infirmier), durée du séjour à l'hôpital, complexité des cas, absence de services communautaires pertinents, et mauvaises intégration et coordination de la transition entre l'hôpital et la collectivité (British Columbia Medical Association, 2011; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2010).

On s'inquiète particulièrement du manque d'infirmières et d'infirmiers ayant une formation spécialisée en soins d'urgence. Pour essayer de résoudre ce problème, et avec le soutien du Registered Nurse Professional Development Centre de la Nouvelle-Écosse, le Syndicat des infirmières et infirmiers de l'Île-du-Prince-Édouard a récemment forgé un partenariat avec le ministère de la Santé et du Bien-être de l'Î.-P.-É. et l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard afin d'offrir un programme de formation en soins intensifs et d'urgence à l'Île-du-Prince-Édouard. Les infirmières devaient se rendre à Halifax pour ce programme de 15 semaines (Cotton, 2012). Ce type de formation est requis à plus grande échelle et dans plus de provinces afin que des spécialistes des soins infirmiers soient sur place pour combler les pénuries.

Le problème d'accès est souvent engendré par le manque de ressources pertinentes à l'extérieur des murs de l'hôpital. Autrement dit, plusieurs patients se retrouvent à la salle d'urgence car ils ne peuvent aller ailleurs. En Colombie-Britannique, jusqu'à 20 % des lits en soins de longue durée sont occupés par des patients ayant besoin d'autres niveaux de soins (ANS), i.e. des patients dans des établissements de soins actifs qui recevraient des soins plus appropriés dans un autre contexte de soins. Souvent, les patients n'ont

pas accès aux autres niveaux de soins en raison de la pénurie de ressources dans la collectivité, notamment soins à domicile, soins de longue durée ou soins palliatifs. Cette situation crée un obstacle au cheminement clinique des patients, augmente les temps d'attente pour un lit en soins actifs, et augmente la durée du séjour (British Columbia Medical Association, 2011).

La nécessité de mettre en place d'autres niveaux appropriés de soins est d'importance nationale. En 2007-2008, le nombre de patients ANS représentait 5 % des hospitalisations au Canada et 14 % des jours d'hospitalisation dans les établissements de soins actifs (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Or, à chaque jour, près de 5 200 lits étaient occupés par des patients ANS dans les hôpitaux de soins actifs. Ces patients se rendent à l'hôpital et y demeurent. Parmi les patients ANS admis dans les hôpitaux de soins actifs, 59 % sont demeurés plus d'une semaine, 20 % sont demeurés plus d'un mois, et 4 % sont demeurés plus de 100 jours (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Ces séjours à l'hôpital se traduisent non seulement en engorgement des salles d'urgence mais ils font en sorte que des patients, souffrant souvent de démence, et requérant des soins palliatifs, doivent être soignés dans les couloirs achalandés des urgences ou au sein des unités de soins actifs qui n'ont pas les ressources nécessaires pour offrir le soutien émotionnel et physique dont ces personnes et leur famille ont besoin.

Contrairement à la croyance populaire, l'accès aux services d'urgence n'est pas le plus grand obstacle à des soins d'urgence en temps opportun pour les patients en quête de soins primaires pour des problèmes mineurs (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2010; Schull, Kiss et Szalai, 2007; *University of Toronto Magazine*, 2003). De tels patients sont généralement traités rapidement et ils n'engorgent pas le système de la même façon que ceux présentant des problèmes complexes et qui doivent être admis à l'hôpital.

Utiliser les salles d'urgence pour dispenser des soins primaires n'est pas le plus grand obstacle aux soins dispensés en temps opportun mais cela a tout de même des répercussions négatives. Ainsi, le temps et l'attention du personnel infirmier et autre personnel, ainsi que les ressources, ne sont plus dirigés vers les patients qui ont besoin des services spécialisés offerts dans les salles d'urgence. Plus important encore, la salle d'urgence est inadéquate et inappropriée en tant que source de soins intégrés pour les patients et les familles. Au Canada, en raison du manque d'accès aux services de soins primaires, les salles d'urgence, qui sont conçues pour offrir des soins urgents et immédiats lors de situations de crise, ne sont pas du tout préparées à offrir la gestion de cas et la continuité requises pour répondre aux besoins complexes des patients et des familles ayant besoin de soins continus, et à offrir un approche axée sur les équipes interprofessionnelles. Essayer de dispenser des soins primaires à l'urgence engendre un sentiment de frustration chez le personnel infirmier car il ne peut pas répondre aux besoins continus des clients et des familles. Les infirmières et les infirmiers s'inquiètent car ils ne peuvent pas respecter les normes professionnelles en matière de soins. Ils s'inquiètent aussi par rapport à la possibilité de perdre leur permis de pratique en raison du mauvais jumelage entre les besoins des patients et les services disponibles. La nature épisodique des soins dispensés aux patients, qui se présentent à l'urgence pour des soins primaires, représente un risque pour les patients car la salle d'urgence met l'accent sur le

court terme, il y a absence d'intégration et de coordination et on fait rarement appel aux équipes interprofessionnelles.

La rapport de 2002 de la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada recommandait la mise en œuvre impérative d'un système intégré de soins primaires, fondé sur la continuité des soins, le dépistage et les mesures précoces, de meilleures données sur les besoins et les résultats, et des mesures incitatives plus musclées pour faire la transformation. Il recommandait une attention immédiate aux autres niveaux de soins, particulièrement les soins à domicile. Or, dix ans plus tard, peu de choses ont changé. Le Canada continue de se classer derrière d'autres pays et affiche des différences régionales importantes par rapport à la qualité des services de soins de santé primaires et à l'accès à ces services (Fondation de la recherche sur les services de santé, 2010). Le nombre de jours d'hospitalisation des patients ayant besoin d'autres niveaux de soins continue d'augmenter. Il est passé de 10 % du total des jours d'hospitalisation en 2006 à 14 % en 2009 (Institut canadien d'information sur la santé, 2009). Cela nous indique clairement que les Canadiens et les Canadiennes ne reçoivent pas toujours les soins dans le contexte approprié. Si nous voulons augmenter la qualité des services offerts aux patients et aux familles, services dispensés par le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé, il faut mettre en place un système sans coupure qui comprend tout le continuum des soins, notamment services de soins primaires et préventifs, soins à domicile, soins actifs, soins aux malades chroniques, services de réadaptation, soins palliatifs, et soins de longue durée.

Répercussions négatives du surpeuplement sur les patients

La surcapacité à la salle d'urgence se traduit généralement en surpeuplement associé à une augmentation du taux de morbidité et mortalité hospitalières (Hoot et Aronsky, 2008). Une étude estime à 30 % l'augmentation du risque de décès (Collis, 2010). Lorsque la salle d'urgence est surpeuplée, les patients atteints de pneumonie ou présentant des douleurs aiguës attendent plus longtemps pour être traités. Ainsi, la probabilité de quitter l'urgence, sans voir le médecin et malgré les contravis, augmente significativement (Bernstein et al., 2009). Selon les études, la fréquence, la gestion en temps opportun de la douleur et la documentation de cas sont compromises dans les situations de surpeuplement (Collis, 2010).

Selon les études, les séjours prolongés à l'urgence des patients présentant des douleurs thoraciques sont liés à une moins grande utilisation des lignes directrices et à de moins bons résultats des patients. On observe un retard dans le traitement et le transport des patients présentant des douleurs chroniques. Le traitement antibiotique de la pneumonie est souvent retardé par rapport aux protocoles recommandés (Collis, 2010).

Le surpeuplement a des répercussions négatives sur l'expérience vécue par le patient. Les patients devant recevoir des soins dans la salle d'attente ou le couloir sont plus susceptibles d'être admis à l'hôpital dans les sept jours qui suivent. Ces patients quittent plus souvent, sans voir le médecin et malgré les contravis, que les patients qui reçoivent des soins dans des lits de soins actifs. Les patients mentionnent un taux plus élevé d'insatisfaction lors des situations de surpeuplement (Pines et al., 2007).

Surpeuplement et soins infirmiers dans les couloirs : l'impact sur le personnel infirmier

Le surpeuplement des salles d'urgence a des répercussions négatives sur le personnel infirmier et les patients. Selon un sondage mené auprès de 158 directeurs de services des urgences au Canada, 82 % mentionnent que le surpeuplement est une source majeure de stress pour le personnel infirmier, et 68 % ont observé un impact négatif important sur le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier (Bond et al., 2007).

Les problèmes liés à la surcapacité ont un impact négatif sur la santé mentale du personnel infirmier. Selon une étude finlandaise menée auprès du personnel infirmier au sein et à l'extérieur des salles d'urgence, le fait de travailler pendant six mois dans un contexte où le taux moyen d'occupation des lits est de 10 %, ou plus, supérieur à la norme recommandée, multiplie par 1,7 le nombre de traitements aux antidépresseurs chez le personnel infirmier (Virtanen et al., 2008).

Une étude menée en 2009 auprès de plus de 500 infirmières et infirmiers de l'Ontario fait ressortir trois thèmes : les salles d'urgence et les unités des hôpitaux font l'objet d'une pression constante et implacable en raison des problèmes liés à la surcapacité; le personnel infirmier a de plus en plus de difficulté à respecter les normes professionnelles en raison de cette pression, et cela est inquiétant sur le plan juridique et moral; et le personnel infirmier voit sa résilience diminuer devant toutes ces demandes (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009). En raison des situations fréquentes – souvent quotidiennes – de surcapacité, les infirmières et les infirmiers ont le sentiment d'une perte de contrôle, sentent que les risques sont augmentés, et se sentent vulnérables. Lorsque le personnel infirmier perçoit que les patients de l'urgence sont placés dans des lieux mal équipés pour prendre soin d'eux, cela s'accompagne de tension et de conflits au sein de l'hôpital (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009). Le personnel infirmier s'inquiète des risques possibles en raison d'incendie, du manque de temps pour faire une évaluation adéquate, des retards par rapport aux traitements, et du fait d'avoir à prendre soin de patients présentant des problèmes de santé qui ne correspondent pas à leur expérience infirmière (par exemple des patients adultes présentant des problèmes cardiaques, qui sont placés dans une unité de pédiatrie). Une infirmière résume cette frustration en parlant de l'approche : « Diluons le problème et cachons-le dans un coin » (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009).

Les infirmières et les infirmiers de l'Ontario ayant participé à l'étude mentionnent, de façon constante, l'absence de sécurité pour les patients placés dans ces lieux. Le manque d'équipement approprié (oxygène, appareil d'aspiration, précautions en matière de contrôle des infections, sonnettes d'appel, dispositif mécanique de levage) met la vie des patients en danger. En plus des questions de sécurité physique, ils mentionnent l'angoisse ressentie en raison du manque de sécurité psychologique et émotionnelle des patients exposés dans les couloirs en absence d'intimité et de confidentialité. Dans ces lieux, la confusion des patients plus âgés augmente en raison du bruit constant, des interruptions et du fort éclairage. La détresse morale est plus évidente chez le personnel infirmier chargé de patients requérant des soins palliatifs. Il est très difficile de voir des patients agonisants et leur famille dans ce contexte d'absence de dignité. Les commentaires relatifs aux patients qui meurent dans les couloirs sont empreints d'angoisse, de tristesse, de colère et de frustration (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009).

Problèmes au sein du système de soins de santé : Les ennuis commencent à la salle d'urgence

La détresse du personnel infirmier, engendrée par de telles conditions, est mise constamment en relief dans les rapports d'audience à la suite des rapports sur les conditions de travail soumis par le personnel infirmier canadien dans le cadre des processus prévus aux conventions collectives. Le personnel infirmier soucieux de la sécurité des patients, et de sa propre capacité à respecter les normes professionnelles malgré la dotation inadéquate, peut recourir aux processus d'examen de la pratique professionnelle prévus aux conventions collectives. En Ontario, par exemple, lorsque les infirmières ne reçoivent pas une réponse satisfaisante à la suite de la présentation de leur rapport sur les conditions de travail, elles peuvent demander la création d'un comité d'évaluation qui examinera la situation. Trois infirmières ou experts en soins de santé examinent alors la situation liée à la pratique ou à la charge de travail. À l'échelle nationale, ce type de comité a relevé des niveaux de dotation mettant la vie des patients en danger et ont fait des recommandations pour améliorer la sécurité des patients en améliorant la dotation. Malheureusement, comme nous avons déjà pu l'observer dans d'autres rapports, ces recommandations ne sont pas toujours mises en œuvre.

Le message reçu des infirmières et des infirmiers est très clair : ce n'est pas ce pour quoi nous avons signé. La détresse morale mentionnée par ces personnes en raison de la surcapacité, du surpeuplement, des soins infirmiers dans les couloirs, et des charges de travail excessives dans des contextes dangereux affecte leur pratique quotidienne, leur santé, leur capacité à respecter les normes professionnelles et, en fin de compte, leur désir de continuer à faire ce qu'ils font.

Le temps est venu de régler les problèmes d'engorgement et de soins infirmiers dans les couloirs

Les organisations de la santé, les associations professionnelles et les syndicats ont élaboré des protocoles pour protéger les patients et les fournisseurs de soins dans les situations de surcapacité. L'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario a soumis six recommandations aux décideurs du secteur de la santé : encourager le respect des normes professionnelles; élaborer et encourager les protocoles et les politiques fondés sur les données probantes; optimiser l'utilisation des ressources humaines actuelles; offrir un soutien aux mesures du rendement des salles d'urgence; encourager la collecte et la dissémination de données supplémentaires sur le rendement; et encourager les innovations à l'échelle locale (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2009).

Dans son exposé de position sur la surcapacité dans les salles d'urgence, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers du Canada (AICC) préconise l'accès accru aux ressources communautaires et aux autres niveaux de soins, une gestion plus efficace des maladies chroniques, un meilleur accès aux services de soins de santé primaires, des améliorations pour que les Canadiens puissent prendre soin d'eux, des innovations dans le secteur des soins gériatriques et par rapport à tout le continuum de soins, des innovations en matière d'évaluation, de planification et de suivi du congé de l'hôpital, des investissements dans les stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies, des investissements dans le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier, une optimisation des services pour les clients recevant des soins à domicile, et l'élimination des obstacles législatifs à la participation des infirmières praticiennes aux

soins de santé primaires et tertiaires (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2009).

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) a demandé aux gouvernements provinciaux et fédéral d'allouer des fonds aux soins à domicile, aux soins de longue durée et aux hôpitaux, d'augmenter la capacité et l'accès dans le secteur des soins de santé primaires, d'améliorer les services de santé dans la collectivité, d'améliorer l'accès aux équipes multidisciplinaires de soins, d'augmenter l'efficacité du processus de triage, et assurer des niveaux adéquats de dotation. La FCSII recommande d'autres stratégies ciblant le surpeuplement : accélérer le cheminement clinique des patients dans l'hôpital grâce à une meilleure intégration des services entre les unités, et entre l'hôpital et la collectivité, offrir davantage d'autres niveaux de soins, et optimiser la durée des séjours dans le secteur des soins actifs (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2009).

Les problèmes liés à l'intégration, la qualité et la sécurité des patients ne peuvent pas être résolus sans collaboration et coordination à l'échelle du système. Tous les paliers de gouvernement devraient clarifier leur rôle pour assurer l'intégration et la qualité au sein du système de soins de santé et, par conséquent, améliorer les soins aux patients, la planification des ressources humaines, y compris des milieux de travail de qualité et des charges de travail plus raisonnables. Toutefois, ces solutions ne peuvent être mises en œuvre sans la participation du personnel infirmier à tous les paliers.

Ces solutions requièrent des mesures au-delà des salles d'urgence. L'intégration des activités au sein du système doit faire l'objet d'une attention méticuleuse et de longue portée, au sein et à l'extérieur de l'hôpital. En attendant, nous devons tout faire pour que le manque de personnel ne contribue pas au problème.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Manque de personnel à l'urgence

De plus en plus de patients ont été gardés en observation parce qu'il n'y avait pas de lits disponibles au sein des unités. Il y avait de l'espace pour quatre patients en observation mais de plus en plus de patients étaient admis dans des salles situées loin du poste des infirmières. Le soir, le personnel était réduit à deux infirmières et un préposé...

Une des infirmières est sortie de la salle de traumatologie et a entendu un bruit étrange. Elle a regardé dans une des salles de fortune.... Elle a vu sa patiente en pleine crise épileptique. Pendant combien de temps avait-elle été en détresse?

Lynne (Nouveau-Brunswick)

Selon le personnel infirmier canadien, les charges de travail excessives ne sont pas seulement un résultat des engorgements périodiques. Cela est maintenant perçu comme la norme par plusieurs infirmières et infirmiers de première ligne. Par exemple, le Syndicat des infirmières et infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador, en partenariat avec l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador, a senti le besoin d'élaborer un document stratégique intitulé *Excessive Hours of Work: Professional and Union Considerations* (Syndicat des infirmières et infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador, 2011). Le document offre des stratégies pour surmonter les défis présentés par les milieux de travail constamment surchargés. Des sondages menés par les syndicats infirmiers du pays témoignent de l'inquiétude croissante par rapport aux conditions de travail (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2012).

Surcharge infirmière : pourquoi est-ce ainsi?

La surcharge infirmière a plusieurs sources. La surcapacité en raison d'un nombre insuffisant de lits est une cause fréquente. Le manque de personnel est souvent mentionné et s'explique par une dotation de base inadéquate ou par le fait de ne pas remplacer le personnel en congé de maladie ou en vacances. Souvent, le personnel n'est pas remplacé parce qu'il n'y a pas de personnel de remplacement ou il peut s'agir d'une mesure pour économiser. La dotation est aussi inadéquate lorsque le système

ne peut pas harmoniser la dotation en personnel à l'acuité des besoins des patients ou aux périodes de brusque augmentation de la clientèle. Il est commun de recourir aux heures supplémentaires pour combler le manque de personnel. Ainsi, les infirmières et les infirmiers du secteur public ont fait plus de 20 millions d'heures supplémentaires en 2010 (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2011). Demander aux infirmières de faire des heures dépassant le nombre d'heures prévues à leur horaire a un impact important sur la qualité de vie. Cela peut se traduire en personnel infirmier fatigué et compromettre la sécurité des soins.

La dotation inadéquate est aussi une question de manque du bon type de personnel, y compris le manque de personnel infirmier pertinent (IA, IAA) requis pour prendre soin des patients présentant des problèmes complexes; le manque de personnel ayant la formation supérieure requise (par exemple, soins intensifs); ou le manque de personnel de soutien pertinent. Le personnel infirmier doit alors accomplir des tâches non liées aux soins infirmiers, notamment transporter les patients, faire les lits, distribuer les plateaux de nourriture, et aller chercher les fournitures.

Que disent les infirmières et les infirmiers canadiens au sujet de la charge de travail?

Dans des sondages menés auprès des membres en 2011 et 2012, les syndicats provinciaux ont relevé un message constant par rapport aux charges de travail ingérables et présentant des risques. Par le passé, les salaires et les régimes de retraite étaient au sommet de la liste des préoccupations. Maintenant, les problèmes liés à la charge de travail, au manque de personnel et aux heures supplémentaires sont le plus souvent mentionnés (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2012).

Colombie-Britannique. Des 5 600 membres du Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique ayant participé au sondage, 81 % d'entre eux mentionnent la charge de travail comme problème et 39 % soulignent qu'il s'agit d'un problème majeur. Cinquante et un pour cent mentionnent que le complément d'effectif n'était pas suffisant pour répondre aux exigences de la charge de travail et à l'acuité des besoins des patients. Quarante-vingt pour cent mentionnent avoir travaillé sous le niveau de dotation de base, et 35 % mentionnent travailler en manque de personnel la plupart du temps ou tout le temps. Les raisons invoquées sont les postes non pourvus en raison de contraintes financières (32 %); le non-remplacement des congés de maladie ou des congés annuels (31 %); et la difficulté à pourvoir les postes vacants (18 %). Parmi le personnel infirmier en soins actifs, 45 % mentionnent avoir pris soin de patients dans des couloirs, des salles de rangement, des lits non provisionnés, et qu'aucun infirmier ou infirmière supplémentaire n'a été mis en fonction pendant les douze mois ayant précédé le sondage.

Alberta. Parmi les 1 500 membres ayant participé au sondage mené par le syndicat des Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta, 38 % d'entre eux mentionnent la pénurie de personnel infirmier comme problème le plus important. La lourde charge de travail et l'épuisement sont ensuite cités (21 %). Deux tiers (66 %) des participants mentionnent recevoir, au moins une fois par semaine et à répétition, des appels téléphoniques à

domicile pour leur demander de faire des quarts de travail supplémentaires ou des heures supplémentaires. Ce chiffre augmente à 90 % chez le personnel infirmier qui travaille dans les salles d'urgence. Soixante-quatre pour cent mentionnent travailler un nombre d'heures supérieur à celui prévu à leur horaire. Le chiffre est de 81 % pour les infirmières à temps partiel.

Douze pour cent des infirmières et des infirmiers de l'Alberta mentionnent être insatisfaits au travail, et 58 % précisent que leur insatisfaction est en raison de la dotation inadéquate. Seulement 28 % mentionnent un niveau adéquat de dotation dans leur lieu de travail principal.

Parmi les participants, 51 % mentionnent faire des heures supplémentaires non rémunérées. En 2009, 26 % du personnel infirmier mentionnant faire des heures supplémentaires rémunérées le faisait en raison de manque de personnel ou d'absentéisme. Or, en 2011, ce chiffre a augmenté à 53 %. De façon similaire, le nombre de personnes mentionnant faire des heures supplémentaires rémunérées, et ne pas être en mesure de faire de pause repas et de pause repos en raison de situations d'urgence ou de lourde charge de travail, est passé de 12 % en 2009 à 27 % en 2011.

Saskatchewan. La dotation (ratio infirmière-patients) (32 %) et la charge de travail (25 %) sont les principaux enjeux à négocier pour les 800 membres ayant participé au sondage du Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan. La charge de travail est une préoccupation très majeure pour 54 % d'entre eux et une préoccupation majeure pour 24 %. Plus de 51 % affirment que les ratios infirmière-patients sont une préoccupation très majeure et ces ratios représentent une préoccupation majeure pour 24 %.

Plusieurs raisons expliquent l'augmentation des charges de travail. Plus de 45 % du personnel infirmier ayant participé au sondage mentionnent que le nombre de personnes pertinentes en fonction a diminué au cours de la dernière année. Le nombre de patients à qui 56 % d'entre eux dispensent des soins a augmenté au cours des deux dernières années. La complexité des tâches infirmières a augmenté pour 72 % des participants, et 67 % mentionnent que le nombre d'interventions pour un patient typique ont aussi augmenté. Plus de 45 % soulignent que le nombre de personnes pertinentes en fonction pour offrir les soins nécessaires a aussi diminué.

Les heures supplémentaires sont aussi un problème pour le personnel infirmier de la Saskatchewan. Le manque de personnel et le remplacement des congés de maladie sont les principales raisons invoquées pour expliquer les heures supplémentaires. Les infirmières font, en moyenne, au moins une heure supplémentaire par semaine.

La charge de travail et les conditions de travail jouent un rôle important dans le départ à la retraite. Parmi les participants au sondage, 32 % étaient admissibles à la retraite à la fin de 2012. Les conditions de travail sont les facteurs les plus importants pour déterminer le départ à la retraite ou l'intention de demeurer au travail. Ainsi, 63 % mentionnent que ce sont des facteurs très importants, et 22,5 % mentionnent qu'ils sont importants lors de la prise de décision.

Manitoba. Des 1 200 membres ayant participé au sondage mené par le Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba, 35 % d'entre eux mentionnent la pénurie de personnel infirmier comme problème le plus important auquel est confronté le personnel infirmier du Manitoba. L'autre problème principal mentionné par 23 % des participants est lié à la lourde charge de travail, aux longues heures, et à l'épuisement qui s'ensuit.

Ontario. Selon un sondage mené, en 2010, auprès de 58 000 membres de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, la charge de travail et les questions professionnelles ont, pour la première fois, remplacé les salaires et les avantages sociaux au sommet de la liste des principales préoccupations. Plus de 60 % des participants au sondage mentionnent un problème lié à la dotation, et 34 % mentionnent un problème important par rapport à la composition inadéquate du personnel (éventail des compétences) étant donné l'acuité des besoins des patients. Les membres soulignent que les restrictions financières continuent de générer les problèmes liés à la charge de travail et à la profession. L'augmentation des heures supplémentaires, rémunérées et non rémunérées, est toujours un problème important qui se traduit en une augmentation des blessures et de l'épuisement chez le personnel infirmier de l'Ontario.

Nouveau-Brunswick. Des 1 500 membres ayant participé au sondage du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, 26 % d'entre eux mentionnent les conditions de travail comme priorité, y compris un meilleur équilibre travail-vie personnelle. Vingt-sept pour cent aimeraient faire moins d'heures supplémentaires, et 27 % mentionnent travailler en manque de personnel au moins deux fois semaine en raison de postes vacants et de l'absentéisme.

Dans le secteur des soins de longue durée, 61 % des infirmières et des infirmiers soulignent le besoin d'offrir de meilleures conditions de travail, 67 % affirment qu'il y a une pénurie de personnel, et 62 % mentionnent ne pas toujours être en mesure de dispenser les soins dont leurs clients ont besoin. Quarante-deux pour cent du personnel infirmier en soins de longue durée pensent que des niveaux adéquats de dotation seraient ce qui améliorerait le plus les conditions de travail.

Nouvelle-Écosse. Le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse a mené un sondage auprès de 600 membres. Parmi eux, 43 % mentionnent un niveau de dotation de base qui est, habituellement ou toujours, inférieur à la norme, et 36 % mentionnent qu'il est parfois inférieur à la norme. Les raisons invoquées sont les suivantes : l'employeur n'a pas pourvu les postes vacants (36 %), l'employeur n'a pas été capable de pourvoir les postes vacants (64 %). Selon 54 % des participants, le niveau de dotation de base est inadéquat dans leur milieu de travail.

Soixante-trois pour cent des participants mentionnent un déclin de la qualité des soins. Pour 48 % la raison principale est l'augmentation de la charge de travail, et pour 25 % c'est en raison du nombre moins élevé de personnel infirmier. Selon 80 % des participants, une augmentation du personnel infirmier serait ce qui améliorerait le plus la qualité des soins dans leur milieu de travail. Lorsqu'on leur demande quels sont les facteurs qui contribuent le plus à l'insatisfaction au travail, 66 % mentionnent la charge de travail, 59 % mentionnent une dotation insuffisante, et 33 % mentionnent le salaire.

Ces sondages nous donnent un aperçu des perceptions du personnel infirmier par rapport à la charge de travail. Ce type de données n'est pas facilement disponible à partir d'autres sources. Les messages tirés de ces données s'harmonisent aux résultats d'études publiées. En raison du manque de personnel, les infirmières et les infirmiers sont de moins en moins en mesure de répondre aux besoins croissants de leurs patients. Ils font leur propre travail et celui de ceux et celles qui ne sont plus dans le système. Ils font de plus en plus d'heures supplémentaires rémunérées et non rémunérées. Souvent, ils ne planifient pas de vacances car ils savent que leurs collègues et leurs patients seront probablement sans soutien infirmier s'ils s'absentent. La dotation change continuellement et ils ne savent plus quel est leur rôle et quel est celui des autres fournisseurs de soins au sein du système. Un milieu de travail tendu est très exigeant sur le plan physique, mental et psychologique et, à l'approche de la retraite, ce type de contexte joue un rôle important dans leur décision de quitter le travail et la profession.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Une autre journée, un autre choix impossible

Nous travaillons 14 à 16 heures, parfois plus, sur une base quotidienne. Lorsque des infirmières ont voulu refuser ces heures supplémentaires, on nous a dit que cela serait considéré comme un « abandon des patients ». Les infirmières ne veulent pas abandonner leurs patients. Ces heures supplémentaires engendrent l'épuisement, une augmentation des congés de maladie, et une fatigue extrême à la fin d'un long quart de travail. Pire encore, la même chose peut encore survenir le lendemain. Ces infirmières épuisées devront aussi prolonger leur quart de travail demain... « si on leur demande ».

Barb (Ontario)

Les personnes opposées aux ratios infirmière-patients doivent prendre conscience qu'elles utilisent présentement des ratios prescrits pour prendre des décisions. Toutefois, les ratios qu'elles utilisent sont prescrits par le budget, et non parce que c'est le mieux pour le patient. [Traduction]

Jill Furillo, IA, directrice nationale des négociations,
National Nurses United, 2012

Nous l'avons déjà souligné : au cours des 20 dernières années, au moins, d'innombrables études canadiennes et internationales, et de rapports, ont proposé des solutions aux problèmes liés à la charge de travail et la vie au travail du personnel infirmier. À répétition, on a demandé de transformer la relation entre l'hôpital et la collectivité, de mettre l'accent sur les autres niveaux de soins, d'améliorer les services de soins primaires, d'accélérer le cheminement clinique des patients dans les hôpitaux, et d'améliorer les processus décisionnels relatifs à la dotation infirmière. Plusieurs études établissent un lien positif entre une meilleure dotation infirmière et de meilleurs résultats des patients. Or, toutes les données nous disent que les charges de travail et la qualité de la vie au travail du personnel infirmier ne s'améliorent pas, et cela se traduit en résultats néfastes pour les patients et les familles. Souvent, la situation s'envenime.

Pourquoi n'avons-nous pas réussi à établir des niveaux de dotation infirmière correspondant aux besoins des patients? Pour plusieurs, la réponse se trouve dans les mécanismes utilisés lors de l'affectation des tâches infirmières.

Systemes pertinents d'évaluation de la charge de travail infirmière. Pourquoi tardent-ils tant?

Au Canada, l'efficacité des modèles actuels de dotation infirmière ne fait pas l'objet de consensus parmi les dirigeants et les chercheurs du secteur des soins infirmiers.

Bien qu'utiles en théorie, les cadres décisionnels généraux, fondés sur les principes, sont souvent difficiles à mettre en œuvre dans la pratique (McGillis Hall et al., 2006). Il existe plusieurs systèmes différents d'évaluation de la charge de travail, mais la mise en application, dans des contextes autres que ceux pour lesquels ils ont été conçus, est souvent remise en question. Ces systèmes ne peuvent pas toujours tenir compte de tous les volets de la charge de travail car les établissements varient par rapport au regroupement des patients, aux caractéristiques physiques et à la disponibilité du personnel. Ces systèmes n'ont pas toujours la précision requise pour tenir compte des besoins différents des patients ou des variables uniques en matière de dotation au sein d'unités particulières (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2007). C'est pourquoi des outils différents ou adaptés ont été élaborés pour des unités ou des établissements particuliers. Ainsi, ces systèmes sont plus pertinents par rapport à des situations particulières, mais cette individualisation limite la possibilité de comparer les données aux fins de recherche ou d'élaboration de politiques. Le travail et la charge de travail du personnel infirmier sont des éléments souvent articulés et mesurés de différentes façons, et c'est pourquoi il est difficile de faire des comparaisons (Morris, MacNeela, Scott, Treacy et Hyde, 2006).

Les données recueillies à l'échelle des unités sont souvent incorrectes et incomplètes en raison des pénuries constantes de personnel, d'une orientation inadéquate du personnel par rapport aux objectifs et aux rubriques d'évaluation, et des processus technologiques laborieux, ou absents, de cueillette de données. Même lorsque les données sont disponibles, on n'en tient souvent pas compte lors des prises de décisions relatives à la dotation. Parfois, le personnel infirmier, ayant besoin de ces données pour prendre des décisions, ne sait pas comment y avoir accès ou comment les interpréter (McGillis Hall et al., 2006). De nombreux systèmes d'évaluation de la charge de travail sont déjà en place mais, souvent, ils ne sont pas utilisés lors de la prise de décisions relatives à la dotation car ils ne tiennent pas compte de la fluctuation des besoins des patients (McGillis Hall et al., 2006). Plusieurs se basent sur les perceptions du personnel infirmier et, par conséquent, on ne peut pas parler de validité et de fiabilité.

Nous avons un besoin urgent de données faciles à recueillir, à communiquer et à comparer entre les secteurs, les provinces et les territoires. Des systèmes normalisés de renseignements sur les patients, des systèmes d'évaluation de l'acuité des besoins des patients, et des systèmes de collecte de données sur la main-d'œuvre permettent une planification intégrée de la main-d'œuvre, et une analyse, à l'échelle du système, de la charge de travail infirmière et des résultats des patients. La mise en place de dossiers de santé électroniques (DES) pourrait améliorer l'accès aux données et faciliter le repérage et la prise de décision. Toutefois, la mise en place des DES devrait se fonder sur les principes d'amélioration de la capacité à dispenser des soins axés sur les patients et non sur le simple besoin de comptabiliser les coûts ou de faciliter la prise de décision.

Le personnel infirmier de première ligne signale un autre problème important : leur manque d'autorité et d'autonomie lorsque vient le temps de mettre en œuvre les mesures nécessaires pour doter leurs unités selon le niveau de dotation recommandé par les outils d'évaluation de la charge de travail. Selon un sondage récent mené auprès de décideurs et d'intervenants du secteur de la santé, il arrive souvent que les systèmes de gestion de la charge de travail ne soient pas utilisés car ils recommandent plus de personnel que les

organisations sont en mesure de fournir ou prêts à fournir. Lorsqu'ils sont utilisés, c'est souvent de façon unidirectionnelle, i.e. lorsque le processus d'évaluation de la charge de travail indique un surplus d'infirmières au sein de l'unité; elles sont alors acheminées vers d'autres unités. Lorsque le processus recommandait un nombre plus grand d'infirmières, la recommandation était rarement mise en œuvre (McGillis Hall et al., 2006).

Les infirmières et les infirmiers non seulement ne peuvent pas s'exprimer lors de décisions concernant les patients individuels mais ils ne peuvent pas donner leur avis collectif par rapport à la façon de gérer le système de soins de santé. Le rapport de 2002 du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) recommande la création de conseils provinciaux des soins infirmiers et la mise en place d'autres mécanismes qui serviraient à guider les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral, et à recommander des solutions aux problèmes liés aux soins infirmiers, aux soins des patients ou au système de santé. Plusieurs de ces conseils ont été formés. Or, on leur a rarement fourni les ressources nécessaires pour explorer les problèmes. La plupart n'existent plus et ceux qui existent encore observent un déclin de l'intérêt des gouvernements à résoudre les problèmes. Une véritable participation du personnel infirmier exigerait la création et le financement d'organismes axés sur l'action représentant le personnel infirmier de première ligne, les dirigeants, les chercheurs et les employeurs du secteur infirmier, ainsi que les bailleurs de fonds, pour vraiment régler les problèmes des milieux infirmiers et ceux liés à la charge de travail (Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, 2005; Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002).

Les initiatives d'amélioration de la qualité des soins requièrent la participation du personnel infirmier à tous les paliers du système, y compris les infirmières et les infirmiers de première ligne. La plupart des provinces ont tenté de mettre en place des comités consultatifs sur les soins infirmiers mais plusieurs d'entre eux n'ont pas produit de résultats. Le Manitoba a créé le Comité consultatif sur les soins infirmiers du Manitoba. Des représentants de syndicats, des employeurs, du secteur de l'éducation et du gouvernement se réunissent tous les trois mois. Le Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba participe aussi au sein du Conseil mixte sur les soins infirmiers, et une réunion avec le ministre de la Santé a lieu tous les trois mois. Malheureusement, jusqu'à maintenant, ces comités mixtes ont donné peu de résultats selon le syndicat, et les succès ont été réalisés dans le cadre du processus de négociation collective. De façon similaire, la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, fédération regroupant 60 syndicats représentant la plupart des infirmières et des infirmiers du Québec, a forgé un partenariat avec les employeurs pour créer des comités sur les soins dont l'objectif immédiat est d'examiner les plaintes relatives à la charge de travail, et faciliter la création de conditions de travail satisfaisantes. Certes, cet outil est important, mais il ne constitue pas une solution systématique car la charge de travail est toujours un problème majeur pour le personnel infirmier du Québec.

Certains partenariats et initiatives ont plus de succès que d'autres. Le partenariat entre le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan, le gouvernement de la Saskatchewan, et les régies régionales de la santé a commencé en 2008 et a été renouvelé en 2012. C'est un exemple de collaboration permettant un dialogue franc et ouvert entre les décideurs, les fonctionnaires et les représentants du personnel infirmier de première ligne, dans le but de rebâtir la profession infirmière et créer, dans la province,

un système de soins de santé axé sur les patients et les familles (Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan, 2012).

En Ontario, le comité provincial mixte des soins infirmiers, co-présidé par le chef provincial de direction des soins infirmiers et la présidente de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, a lancé plusieurs projets visant l'amélioration des milieux de travail, du recrutement et du maintien en poste. Le comité est composé d'intervenants en soins infirmiers, y compris des associations professionnelles, des doyens d'écoles infirmières, des chercheurs, des organismes de réglementation, des syndicats, des employeurs, etc., dans le but d'éclairer les politiques en matière de santé à partir de la perspective du secteur infirmier.

Il y a des lueurs d'espoir. Dans tout le pays, le personnel infirmier de première ligne et les administrateurs du secteur infirmier mettent en application les résultats d'études fondées sur les données probantes, notamment les lignes directrices en matière de pratiques exemplaires (*Best Practice Guidelines*) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, afin d'améliorer les volets cliniques des soins infirmiers. D'autre travail productif a été fait par rapport au recrutement et au maintien en poste du personnel infirmier, dont les initiatives de fin de carrière en Ontario (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2012); Le programme surnuméraire de l'Alberta ciblant les nouveaux diplômés (Weidner, Graham, Smith, Aitken et Odell, 2012); et la nouvelle législation du Manitoba sur l'intimidation (Gouvernement du Manitoba, 2011).

Malgré ces importants, quoique modestes, efforts, le personnel infirmier s'impatiente. Les cadres de dotation fondés sur les principes et les systèmes d'évaluation de la charge de travail n'ont pas réussi à avoir un impact véritable sur le système. Les infirmières et les infirmiers n'ont toujours pas l'autorité ni l'autonomie pour mettre en application, dans un délai raisonnable, les niveaux de dotation recommandés par de tels systèmes d'évaluation, et leur opinion est très peu recherchée à l'échelle du système. Ces problèmes persistent malgré l'abondance de données selon lesquelles une dotation adéquate se traduit en soins de grande qualité et sans risques. Quelles mesures pourraient être prises aux premières lignes pour diminuer leur inquiétude et, en fin de compte, améliorer la qualité des soins? La réponse se trouve dans les approches en matière de dotation. Ces approches doivent être transparentes et souples. On doit pouvoir les mettre en application à l'échelle des unités, et elles doivent se traduire en dotation adéquate pour offrir des soins de qualité en toute sécurité. Deux approches majeures pourraient fournir ces réponses : les ratios infirmière-patients prescrits par la loi, et la dotation issue de modèles dynamiques de prise de décision partagée.

Ratios infirmière-patients prescrits par la loi : de quoi s'agit-il?

Les ratios infirmière-patients prescrits par la loi ont vu le jour en Californie et en Australie. En 1999, une loi sur les ratios normalisés infirmière-patients a été adoptée à la suite du lobbying agressif mis en branle par les organisations infirmières. En 2004, dans la foulée d'études menées pour déterminer les ratios les plus pertinents pour chaque spécialité clinique, et à partir du feed-back des intervenants et de nombreux débats et négociations, des ratios normalisés infirmière-patients ont été rendus obligatoires dans

tous les hôpitaux de l'État de la Californie (Aiken, 2010; DeVandry et Cooper, 2009). La mise en œuvre a commencé en 2002 et la date limite pour la terminer a été fixée à 2006. Les ratios sont prescrits selon les champs de spécialité. Voir Tableau 1.

Tableau 1
Ratios infirmière-patients prescrits par la loi en Californie

Type d'unité	Charge de travail infirmière-patients
Médecine/chirurgie	1:5
Pédiatrie	1:4
Soins intensifs	1:2
Oncologie	1:5
Psychiatrie	1:6
Salle d'accouchement	1:3

(Tableau tiré de Aiken et al., 2010)

Les ratios infirmière-patients, prescrits par la loi, ont été mis en œuvre dans deux États de l'Australie : Victoria (2001) et New South Wales (2011). À Victoria, cette mise en œuvre a été prescrite par une commission des relations industrielles (Australian Industrial Relations Commission) à la suite d'une série de réductions du financement, au cours des années 1990, qui ont créé le chaos dans les services de soins infirmiers. En 2004, le ratio initial de 1:4 est passé à 5:20 (cinq infirmières pour vingt patients au sein des étages) (Gerdtz et Nelson, 2007). Le ratio 5:20 était considéré un avantage par rapport au ratio 1:4 car il permettait plus de souplesse au sein de l'unité, l'infirmière-chef de l'unité participait de nouveau au processus de dotation, et la prise de décision se faisait en fonction de l'unité (Gerdtz et Nelson, 2007). Selon le modèle initial de 1:4, chaque infirmière devait prendre soin d'un nombre maximum de quatre patients. Avec le modèle 5:20, certaines infirmières au sein de l'unité peuvent avoir plus de quatre patients, si cela convient, afin que les autres infirmières puissent avoir moins de patients présentant des problèmes plus complexes et nécessitant plus d'attention. Ces décisions peuvent être prises en temps réel au sein de l'unité et permettent plus de souplesse pour tenir compte des besoins particuliers des patients et des compétences infirmières.

À New South Wales, la formule établissant les heures de soins infirmiers par jour-patient a produit le ratio utilisé actuellement. Cette formule classe les hôpitaux dans une de sept catégories en se basant sur les caractéristiques des patients, notamment complexité des cas, niveaux d'intervention, présence de lits à dépendance élevée, proportion de patients ayant besoin de soins urgents et de patients ayant besoin de soins non urgents, et roulement des patients. Une fois l'hôpital classé, les heures de soins infirmiers par jour-patient étaient allouées à chaque unité. Les ratios peuvent être gérés sur une période de sept jours. Ainsi, on peut tenir compte des variations par rapport à la capacité et à l'acuité des besoins des patients. Le personnel infirmier au sein de l'unité peut demander une vérification ponctuelle des plans de dotation de l'unité établis pour une période d'un mois s'il croit que les ratios ne sont pas mis en

application adéquatement. Il est important de souligner que, dans ces modèles, les ratios indiquent les exigences minimales en matière de dotation. Les modèles californien et australien prévoient des processus tenant compte de l'acuité des besoins et permettant d'augmenter la dotation lorsque les unités doivent faire face à des augmentations non prévues de l'acuité des besoins des patients.

Les ratios infirmière-patients prescrits par la loi : est-ce le modèle à suivre?

Les ratios normalisés infirmière-patients, prescrits par la loi, ont l'appui de plusieurs infirmières et infirmiers car, selon eux, ils permettent d'améliorer le milieu de travail infirmier, d'augmenter le recrutement et le maintien en poste, d'améliorer les résultats des patients, et d'améliorer le degré de satisfaction des patients et du personnel infirmier (Ross, 2010).

La communauté de chercheurs et de dirigeants du secteur infirmier est divisée par rapport à l'impact potentiel des ratios prescrits par la loi. En 2008, Peter Buerhaus, chercheur éminent en ressources humaines infirmières, affirme que les ratios infirmière-patients, prescrits par la loi, sont contre-productifs et pourraient avoir des répercussions négatives sur la profession (Buerhaus, 2009). Selon lui, ce type de ratios élimine toute la souplesse dont les hôpitaux ont besoin pour adapter les niveaux de dotation. Il s'inquiète car il pense que les ratios déterminés ne permettront pas aux hôpitaux de s'adapter en fonction des résultats des patients issus d'autres services, dont la pharmacie. Par exemple, en raison de l'amélioration des soins dans d'autres services, le besoin de personnel infirmier pourrait diminuer. Les hôpitaux ne seraient pas en mesure de réagir car ils sont immobilisés par les ratios prescrits. Selon Buerhaus, une plus grande efficacité ou productivité ne serait plus possible avec les ratios prescrits (Buerhaus, 2009). D'autres personnes appuient Buerhaus et s'inquiètent par rapport à la rigueur de la science qui détermine les ratios (Hackenschmidt, 2004).

Une autre chose qui inquiète aussi les sceptiques est le fait que les hôpitaux pourraient respecter l'exigence d'un nombre plus élevé d'IA en augmentant le nombre d'IA mais en réduisant le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées et de travailleurs non réglementés. Cela signifierait une réduction nette de la surveillance générale des patients, et les IA seraient obligées de faire davantage de tâches non liées aux soins infirmiers (Coffman, Seago et Spetz, 2002; Ross, 2010).

Certaines infirmières ne se sentent pas à l'aise avec le fait que ces ratios soient prescrits « tout le temps » car c'est tout un défi d'assurer leur maintien pendant que les infirmières prennent leur pause (Hackenschmidt, 2004). Les sceptiques prévoient une augmentation des heures supplémentaires et le recours aux agences pour répondre aux exigences de la loi (Ross, 2010).

Certains craignent que les hôpitaux en région rurale ne puissent mettre en place les ratios prescrits en raison du manque de personnel infirmier et, par conséquent, soient forcés de fermer. Ainsi, l'accès aux soins serait diminué pour ces populations rurales (DeVandry et Cooper, 2009). La crainte d'une augmentation des temps d'attente est une autre inquiétude exprimée au début de la mise en œuvre (Hackenschmidt, 2004). Les premières études semblent donner raison aux inquiétudes et au fait que ces ratios ne puissent pas produire les changements attendus. Des études confirment les premières

inquiétudes au sujet des ratios, notamment par rapport au coût de la mise en œuvre (Coffman, Seago et Spetz, 2002). Une étude indique une augmentation significative du degré de satisfaction au travail du personnel infirmier de la Californie entre 2004 et 2006. Or, de telles augmentations avaient aussi été observées dans d'autres États où les ratios n'avaient pas été mis en place (Ross, 2010).

Deux études menées en Californie, comparant les données avant la mise en œuvre (2002), les données au début de la mise en œuvre (2004) et celles pendant la dernière étape de la mise en œuvre (2006), donnent des résultats variés par rapport aux ratios infirmière-patients (Burnes Bolton et al., 2007; Donaldson et al., 2005). La dotation IA a, en effet, augmenté pendant la période de la mise en œuvre. Le nombre d'heures de soins IA par jour-patient a augmenté de 0,5 heure au sein des unités de médecine en 2004, d'une autre heure en 2006. L'augmentation totale entre 2002 et 2006 est de 1,5 heure de soins IA par jour-patient. Ces heures semblent surtout attribuables aux infirmières venant d'agences ou qui sont mobiles. Le pourcentage de IAA a diminué (8 % à 6 %) ainsi que celui du personnel non réglementé (33 % à 24 %) au sein des unités de médecine et chirurgie (Burnes Bolton et al., 2007; voir aussi Aiken et al., 2010). Plus important encore, les études menées à ce moment-là ne démontrent aucune diminution des chutes ou des ulcères de pression (Burnes Bolton et al., 2007; Donaldson et al., 2005). Ces études n'ont pas démontré d'impact sur les résultats des patients à la suite de l'augmentation de la dotation infirmière, mais une étude précise que l'augmentation de l'acuité des besoins des patients pendant cette période a joué un rôle important dans les résultats (Donaldson et Shapiro, 2010).

Selon une étude récente, depuis la mise en place des ratios prescrits, les hôpitaux de la Californie ont réduit la quantité de soins non remboursés (Reiter, Harless, Pink, Spetz et Mark, 2011). Il s'agit de soins dispensés par l'hôpital et qui ne sont pas remboursés, y compris des soins gratuits ou à un coût moins élevé pour les clients à faible revenu). Selon les hypothèses des auteurs, les hôpitaux ont choisi de limiter la prestation de soins non remboursés en raison des contraintes financières générées par l'augmentation de la dotation infirmière.

Malgré toutes ces critiques, des études récentes nous fournissent des données appuyant largement les ratios infirmière-patients.

Ratios infirmière-patients : les données à l'appui

Même les infirmières et les infirmiers qui étaient inquiets par rapport à la mise en œuvre de ces ratios croient qu'il s'agissait d'un premier pas pour régler les problèmes liés à la charge de travail infirmière et aux résultats des patients (Hackenschmidt, 2004). Selon une étude canadienne menée auprès d'intervenants et de décideurs du secteur des soins infirmiers, l'attitude de certains par rapport aux ratios normalisés semble changer. Négatifs au début, les décideurs interviewés considéraient les ratios plutôt simplistes et incapables de tenir compte de la variabilité. Or, ils pensent maintenant que les ratios sont une façon de rendre la contribution du personnel infirmier plus claire et mesurable (McGillis Hall et al., 2006). Certaines des personnes interviewées étaient en faveur des ratios mais précisait qu'ils devaient être adaptés continuellement selon la réalité de la charge de travail infirmière, le milieu de travail changeant, et les besoins en matière de soins aux patients (Gordon, Buchanan et Bretherton, 2008).

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Une journée dans la collectivité

J'ai été chargée du dossier influenza et des vaccins dans toutes les régions du pays. Le temps de déplacement a grugé mes heures à temps plein. Puis, on m'a aussi chargée du programme Santé pour deux. Le nombre de jeunes clients ciblés par ce programme s'est multiplié et plusieurs présentaient des besoins complexes. J'ai demandé qu'on m'enlève des cliniques afin de consacrer le temps convenu aux visites à domicile. Non seulement n'y avait-il pas suffisamment de temps pour gérer ces programmes, il n'y avait pas de bureau central pour organiser les ressources. Quel système!

Joyce (Alberta)

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Il faut plus de personnel!

Nous avons sept patients chacune au début du quart de travail et huit vers le milieu du quart. Personne ne pouvait faire de pause. Il s'agit d'une unité de médecine d'un hôpital et nous sommes censées avoir quatre patients chacune! Trente-deux patients en soins actifs, trois IA et une IAA est beaucoup trop. De plus, les ratios infirmière-patients ont dû être modifiés parce que l'acuité des besoins des patients dépasse de beaucoup ce qu'elle était.

J'ai complété un rapport sur les conditions de travail. À la question : que pourriez-vous avoir fait différemment pendant ce quart de travail, je pouvais seulement répondre : nous avons besoin de PLUS DE PERSONNEL! En qualité d'infirmière autorisée, je ne me sentais pas en sécurité et la situation était très exigeante. J'étais incapable de dispenser tous les soins. Je peux seulement imaginer comment mes patients se sentaient.

Eileen (Nouvelle-Écosse)

Un grand nombre de nouvelles études nous indiquent que les ratios infirmière-patients ont un impact positif sur la charge de travail infirmière et les résultats des patients. Une étude a été menée en 2011 dans le but de déterminer si les IA seraient remplacées par des IAA en raison des ratios prescrits. Selon l'étude, à la suite de la mise en œuvre des ratios prescrits, la dotation en personnel infirmier autorisé – calculée en heures par jour-patient rajusté – était plus élevée dans les hôpitaux de la Californie que dans les hôpitaux similaires des autres États. Le nombre d'heures IA par jour-patient était deux fois plus élevé en Californie qu'au Texas, et cinq fois plus qu'à New York. L'étude démontre une demi-heure de plus d'heures IA par jour-patient rajusté que ce qui aurait été attendu sans la politique prescrite (McHugh, Kelley, Sloane et Aiken, 2011). Contrairement aux prédictions, les IA n'ont pas été remplacées par d'autres catégories de personnel infirmier afin de répondre aux exigences imposées par les ratios.

Une étude menée en Australie en 2011 a examiné 236 454 dossiers de patients et 150 295 dossiers du personnel infirmier. Selon l'étude, après la mise en place de la formule établissant les heures de soins infirmiers par jour-patient, on observe une diminution significative par rapport à neuf résultats qui dépendent des soins infirmiers (Twigg, Duffield, Bremner, Rapley et Finn, 2011). Pour tous les patients des unités de médecine et chirurgie, le taux de décès a diminué de 25 % après la mise en application de la dotation selon cette formule. Chez les patients ayant subi une intervention chirurgicale, on observe une diminution de 54 % des complications du système nerveux central, et une diminution de 37 % des ulcères, des gastrites et des saignements gastroduodénaux. Le taux de saignements gastroduodénaux ont diminué chez tous les patients ayant subi une chirurgie, et le taux de décès en raison de choc ou d'arrêt cardiaque a diminué chez tous les patients des unités de médecine. Le taux de septicémie a diminué chez tous les patients. Les patients des unités de médecine affichaient des taux inférieurs d'ulcères de pression, de septicémie et de mortalité, et la durée du séjour à l'hôpital a diminué en moyenne de 0,67 jours. On a observé des taux inférieurs de thrombose veineuse profonde chez les patients des unités de chirurgie. Cette étude appuie l'augmentation générale des heures de soins infirmiers issue d'un processus prescrit de dotation, et comme façon d'améliorer la sécurité des patients (Twigg et al., 2011).

Jusqu'à maintenant, les données les plus probantes en faveur des ratios infirmière-patients nous sont fournies par une étude menée en 2010 par Linda Aiken, chercheuse éminente et prolifique s'intéressant à la charge de travail et à la vie au travail du personnel infirmier, et aux répercussions sur la sécurité des patients et la qualité des soins. Le but de l'étude était d'examiner si, à la suite de la mise en application des ratios prescrits, la dotation infirmière en Californie était différente de celle de deux États n'ayant pas de telles lois, et si les différences étaient liées aux résultats des patients et du personnel infirmier. L'étude comprend les données d'un sondage auprès de 80 000 infirmières et infirmiers de la Californie, du New Jersey et de la Pennsylvanie, ainsi que des données secondaires sur les résultats des patients tirées d'ensembles de données venant des États.

L'étude démontre une différence significative entre les niveaux de dotation des États. Les infirmières de la Californie dispensaient des soins à deux patients de moins dans les unités de médecine que les infirmières des autres États. Les infirmières des unités

de médecine et chirurgie de la Californie étaient chargées d'un nombre de patients correspondant, ou inférieur, au nombre prescrit (5). Seulement 19 % des infirmières du New Jersey et 33 % de celles de la Pennsylvanie étaient chargées d'un nombre de patients correspondant, ou inférieur, aux normes de la Californie.

Lorsque les charges de travail du personnel infirmier des États comparateurs s'harmonisaient aux ratios de la Californie, l'épuisement chez le personnel infirmier était moindre, la satisfaction au travail était plus élevée, et le personnel infirmier mentionnait régulièrement une meilleure qualité des soins. Un pourcentage plus élevé d'infirmières de la Californie mentionnent que leur charge de travail est raisonnable, qu'elles reçoivent un soutien important au travail, qu'il y a suffisamment de personnel infirmier pour compléter les tâches et dispenser des soins de grande qualité, et qu'elles sont généralement en mesure de prendre leur pause au moment fixé.

Selon le personnel infirmier de première ligne et le personnel infirmier gestionnaire, les ratios prescrits ont donné les résultats attendus. Selon 74 % des infirmières de chevet, 68 % des gestionnaires, et 62 % des gestionnaires intermédiaires ou supérieurs, la qualité des soins s'est améliorée en Californie depuis la mise en place des ratios. Et selon tous les groupes infirmiers ayant participé au sondage, les ratios ont amélioré le maintien en poste du personnel infirmier. Un nombre significativement inférieur d'infirmières et d'infirmiers de la Californie souffraient d'épuisement comparativement à ceux du New Jersey et de la Pennsylvanie (29 %, 34 % et 36 %). Les infirmières californiennes étaient plus satisfaites de leur emploi que celles du New Jersey et de la Pennsylvanie (20 %, 26 % et 29 %).

Les ratios infirmière-patients plus élevés sont significativement associés à des taux de mortalité moins élevés (Aiken et al., 2010). Les taux de décès à la suite de chirurgies auraient été de 13,9 % moins élevés au New Jersey et de 10,6 % moins élevés en Pennsylvanie si ces États avaient eu les mêmes ratios infirmière-patients que la Californie. Selon les estimations de Aiken et al., 486 vies auraient probablement pu être sauvées en Pennsylvanie et au New Jersey, sur une période de deux ans, si les niveaux de dotation avaient été au niveau de ceux prescrits en Californie.

Outre la diminution mentionnée de personnel de soutien non réglementé, l'étude d'Aiken et al. conclue qu'il n'y a aucune preuve de conséquences non voulues comme l'avaient prédit les critiques. Malgré le moins grand nombre de personnel de soutien, aucune donnée ne suggère que cela ait eu un impact négatif sur les résultats des patients. Cette étude, avec son grand échantillon et sa méthodologie sophistiquée, réfute les hypothèses de conséquences non voulues engendrées par les ratios prescrits.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

En danger en raison du nombre

Nous étions trois IA et le nombre de patients était de 28, soit plus de neuf patients pour chaque IA. Il y avait aussi une IAA mais elle venait de sortir de l'école et avait besoin d'être familiarisée aux tâches. Cette situation était injuste pour elle. J'ai dit à la gestionnaire que le personnel ne se sentait pas en sécurité pendant ce quart de travail. J'ai téléphoné à l'administrateur à l'urgence pour demander de garder les patients plus longtemps avant de nous les envoyer mais, bien sûr, on manquait aussi de personnel à l'urgence! Cette charge de travail présente des risques.

Janice (Nouvelle-Écosse)

**Modèles dynamiques de
prise de décision partagée
relativement à la dotation :
Quoi, pourquoi et comment?**

On critique souvent le processus de dotation fondée sur les ratios prescrits car il ne tient pas compte des variations à l'acuité des besoins des patients ni des caractéristiques du personnel infirmier disponible, notamment champ d'activité, expérience, niveau de scolarité ou de certification. Les critiques de ces ratios prescrits et normalisés veulent des systèmes offrant plus de souplesse et pouvant réagir aux changements (quoique cette critique soit mitigée lorsque le ratio passe de 1:4 à 5:20 comme c'est le cas à New South Wales). Le modèle Synergie tente de compenser les faiblesses perçues des ratios normalisés et tenir compte de la nature dynamique des soins aux patients.

Synergie en pratique infirmière

Le modèle Synergie a été élaboré par la American Association of Critical-Care Nurses (AACN) dans les années 1990. Il s'agit d'un modèle de soins infirmiers axés sur une relation synergique entre le personnel infirmier et les patients. Ainsi, en tout temps, le patient est jumelé au personnel infirmier le plus pertinent et l'infirmière est chargée du groupe de patients qui convient le plus à ses compétences. Lorsqu'il y a synergie entre les caractéristiques du patient et les compétences de l'infirmière, les résultats sont optimisés (Curley, 2007).

Le modèle décrit la pratique infirmière selon huit caractéristiques des patients englobant tout le continuum santé-maladie : résilience, vulnérabilité, stabilité, complexité, disponibilité des ressources, participation aux soins, participation à la prise de décision, et prévisibilité (Kaplou et Reed, 2008). Chaque caractéristique du patient est évaluée

Modèles dynamiques de prise de décision partagée relativement à la dotation : Quoi, pourquoi et comment?

selon une échelle de un à cinq, un étant le moins élevé, et cinq le plus élevé. Un score plus élevé indique un patient ayant une plus grande capacité fonctionnelle.

Le modèle Synergie tient aussi compte de huit compétences infirmières : jugement clinique, défense des intérêts du patient et jugement moral, soins axés sur l'empathie, collaboration, pensée systémique, adaptation en fonction de la diversité, facilitateur d'apprentissage, et questionnement clinique (Kaplow et Reed, 2008). Chacune de ces caractéristiques est évaluée selon une échelle de un à cinq, un correspond à compétent et cinq correspond à expert. Grâce à ce volet du modèle, on peut assurer le bon jumelage entre les compétences de l'infirmière et les besoins du patient.

Ce modèle de dotation s'accompagne d'un processus de prise de décision partagée. Ainsi, par le biais d'un processus élaboré conjointement, le personnel infirmier de première ligne et les gestionnaires d'unités collaborent quotidiennement à l'évaluation des patients et l'attribution des scores. Les caractéristiques des infirmières sont déterminées sur une base individuelle et réexaminées à des intervalles prédéterminés dans le cadre du processus continu de développement professionnel.

La prise de décision partagée est une composante clé des milieux infirmiers efficaces, et a un impact important sur la satisfaction au travail. L'autonomie au sein de l'organisation — accès à l'information, aux ressources, soutiens, et possibilités venant des lignes de communication officielles et non officielles — est un prédicteur de la satisfaction au travail, de la participation aux décisions, et de la confiance et du respect envers la haute direction (MacPhee, Wardrop et Campbell, 2010). L'avantage du modèle Synergie, comparativement aux autres systèmes d'évaluation de la charge de travail généralement utilisés, est sa nature dynamique : il réagit aux changements à l'état de santé du patient et aux changements par rapport aux compétences infirmières disponibles. De plus, il s'appuie sur la prise de décision partagée entre le personnel infirmier de première ligne et les gestionnaires au sein de l'unité. Non seulement donne-t-il au personnel infirmier de première ligne le pouvoir de prendre des décisions mais il fait place à l'autonomie dans la pratique infirmière. Ainsi, il permet de réduire la détresse morale vécue par les infirmières et les infirmiers lorsqu'ils sont incapables de dispenser les soins conformément aux normes professionnelles et à leur propre code de déontologie (Storch, Rodney et Starzomski, 2013).

Le modèle Synergie fournit, au personnel, un langage commun pour communiquer les besoins des patients et préciser les rôles professionnels. Un projet pilote, mené en Saskatchewan en 2009, dans le cadre du projet De la recherche à l'action de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, a utilisé le modèle Synergie pour évaluer les caractéristiques des patients dans le but d'éclairer les décisions en matière de dotation (Rozdilsky et Alecxe, 2012). Un projet mené en Colombie-Britannique entre 2006 et 2010 (MacPhee, Jewell, Wardrop, Ahmed et Mildon, 2010) a servi de modèle pour élaborer le projet et les outils. En raison de la surcapacité au sein des unités, des problèmes constants liés aux ressources humaines et aux échéanciers, le projet n'a pas utilisé les indicateurs du modèle Synergie mais a plutôt utilisé le statut d'emploi (IA, IAA), les années de service au sein de l'unité, et la formation spéciale (Rozdilsky et Alecxe, 2012). La mise en place du modèle a donné lieu à un processus par lequel le personnel infirmier de première ligne, en consultation avec les cadres supérieurs, pouvait adapter quotidiennement la dotation en fonction du nombre de patients et de l'acuité des besoins.

À la suite du projet, on a observé d'importantes améliorations à la collaboration et la communication entre le personnel, l'unité, les cadres supérieurs, en raison de la prise de décision partagée relativement à l'affectation des patients (Rozdilsky et Alecxe, 2012; Stamler, Berry et Alecxe, 2011). Ce projet souligne l'importance de faire participer le personnel de première ligne à la prise de décisions quotidiennes par rapport à l'affectation des patients. Les résultats positifs liés à une plus grande autonomisation du personnel étaient très évidents. Une plus grande autonomisation signifie permettre au personnel d'utiliser pleinement leurs compétences en matière de leadership, leur capacité à prendre des décisions, leur jugement et leurs compétences professionnelles (Rozdilsky et Alecxe, 2012). Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude menée par MacPhee et al. (2010) en Colombie-Britannique, et sont appuyés par le travail de Heather Spence Laschinger, chercheure canadienne, qui a établi un lien entre l'autonomisation du personnel infirmier de première ligne et l'amélioration des soins dispensés aux patients (Laschinger, 2008).

Les partisans des modèles dynamiques de prise de décision partagée et de dotation, dont le modèle Synergie, qualifient de force la capacité de tenir compte des variations aux caractéristiques du personnel infirmier et des patients lors de la prise de décisions relatives à la dotation. Ils appuient aussi la prise de décision partagée comme moyen de renforcer l'autonomie du personnel infirmier. Le modèle Synergie, et les autres modèles de dotation à multiples volets, sont souvent trop complexes aux yeux des critiques. On doit leur consacrer beaucoup de temps et ils sont trop difficiles à administrer compte tenu du peu d'avantages. Des mécanismes informatiques de documentation et de calcul pourraient rendre la tâche plus facile et efficace. Des projets « tableau de bord », dont le projet mené à Hamilton, Ontario, dans le cadre du projet De la recherche à l'action de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, pourraient aider à l'élaboration d'outils informatiques simples et efficaces et, ainsi, faciliter la prise de décision dans le cadre du modèle Synergie (Fram et Morgan, 2012).

Que les ratios soient prescrits par la loi ou que les décisions soient prises de façon partagée, les infirmières et les infirmiers de première ligne, et leurs employeurs, ont besoin de mécanismes transparents pouvant être utilisés en temps réel, 24 heures sur 24, et donnant au personnel infirmier suffisamment d'autonomie et d'autorité pour assurer des ratios infirmière-patients qui permettent de dispenser des soins de qualité et axés sur la sécurité.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

À la recherche d'un nouvel emploi

Au sein d'une unité de soins spécialisés, les besoins en matière de soins infirmiers sont complexes, et on dépend souvent d'écrans de contrôle et autres équipements de haute technologie. Vous pouvez imaginer ma surprise lorsque l'infirmière responsable pendant le quart de jour, et qui venait de faire 12 heures, m'a dit qu'elle était la seule, parmi les personnes ayant fait ce quart de travail, qui avait reçu l'orientation.

L'infirmière responsable a fait un travail fou car elle était la seule qui était familière aux besoins particuliers des trois patients en soins de longue durée. De plus, elle devait offrir une orientation hâtive à deux infirmières qui auraient voulu faire leur quart de travail dans leur propre unité. (Qui pourrait les blâmer?)

La perception de l'infirmière responsable est que la direction a abandonné tout espoir et s'attend à ce que le personnel de première ligne compose avec les absences (pression des pairs) et « règle » le problème.

Je cherche un nouvel emploi.

Jennifer (Manitoba)

**Les avantages financiers d'une
meilleure dotation infirmière :
Regardons la situation dans
son ensemble**

Qu'importe si l'amélioration de la dotation vient de ratios prescrits, de modèles dynamiques de prise de décision ou autres mécanismes, des études solides en démontrent les avantages financiers. Selon une étude américaine menée en 2011, lorsque les heures IA par jour-patient étaient plus élevées, les chances d'avoir à se rendre à l'urgence après avoir reçu le congé de l'hôpital diminuaient. Lorsque les heures supplémentaires des IA étaient moins nombreuses, les chances d'avoir à se rendre à l'urgence après avoir reçu le congé de l'hôpital diminuaient. Lorsque le nombre de postes IA vacants était plus élevé, les chances de visites à l'urgence après avoir reçu le congé de l'hôpital augmentaient. De plus, les coûts associés à un plus grand nombre de IA étaient compensés par une réduction des coûts liés aux visites à l'urgence (Bobay et al., 2011).

On ne peut pas examiner les dépenses de santé de façon isolée. Elles doivent être mises en relation avec les coûts sociétaux d'ensemble, et dépassant le cadre du système de soins de santé. Un exercice de simulation a été mené en 2009 afin de déterminer si une augmentation de la dotation permettrait d'économiser. On a pu observer des économies pour la société en raison des complications et des décès évités. Une augmentation de la dotation IA d'une (1) IA ETP par jour-patient est liée à un ratio positif d'économie de coûts dans plusieurs contextes cliniques. Les avantages financiers en raison de vies sauvées, par 1 000 patients hospitalisés, étaient 2,5 fois supérieurs au coût supplémentaire requis pour ajouter une IA ETP par jour-patient dans les unités de soins

Les avantages financiers d'une meilleure dotation infirmière : Regardons la situation dans son ensemble

intensifs; de 1,8 fois supérieurs dans les unités de chirurgie, et de 1,3 fois supérieurs dans les unités de médecine. Selon les estimations des chercheurs, l'augmentation d'une seule IA ETP au sein des unités de soins intensifs aux États-Unis permettrait d'ajouter 327 390 années de vie chez les hommes et 320 988 chez les femmes, en plus des avantages économiques sur le plan de la productivité (valeur actuelle du revenu futur) de 4 à 5 milliards de dollars. L'avantage sur le plan de la productivité venant d'une augmentation de la dotation infirmière dans les unités de chirurgie est encore plus élevé, soit 8 à 10 milliards de dollars (Shamliyan, Kane, Mueller, Duvall et Wilt, 2009).

Dans son étude de 2006, Needleman observe qu'une augmentation des heures de soins IA, sans augmentation de l'ensemble des heures de soins infirmiers, se traduit en économies nettes pour l'hôpital. De plus, augmenter les heures de soins infirmiers, avec ou sans augmentation des heures de soins IA, a permis de réduire la durée du séjour, les effets néfastes et les décès des patients, et cela en faisant augmenter le coût d'ensemble net de seulement 1,5 % ou moins. Rien ne permettait de mesurer les économies potentielles connexes à l'échelle de la société, par exemple la diminution potentielle des demandes de services de soins à domicile ou l'augmentation de la productivité en raison du retour au travail plus tôt que prévu. Cela représenterait des économies pour la société mais ne serait pas reflété dans les résultats financiers des hôpitaux (Needleman, 2006).

Dans l'étude mentionnée ci-dessus, le coût d'ensemble de l'augmentation de la dotation infirmière était plus élevé que les économies réalisées en raison de la diminution de la durée du séjour (Shamliyan et al., 2009). Les coûts supplémentaires ont été estimés à 1 748 \$ par patient alors que les économies en raison de la diminution du séjour représentaient 94 % de ce chiffre, soit 1 640 \$ par patient. Dans son étude de 2006, Needleman observe aussi de légères augmentations des coûts pour les hôpitaux mais précise que, lors de l'évaluation des avantages d'une meilleure dotation infirmière, on ne tient pas compte de plusieurs facteurs économiques et non économiques, dont la valeur, pour les patients et les familles, d'une morbidité réduite; la valeur économique, pour l'hôpital, d'une responsabilité réduite et d'une meilleure réputation; la diminution de plusieurs effets néfastes (chutes, erreurs liées aux médicaments, infections véhiculées par le sang, etc.); l'éducation des patients et un taux moins élevé de roulement du personnel infirmier (Needleman, Buerhaus, Stewart, Zelevinsky, Mattke, 2006). Si l'on tenait compte de tous ces facteurs, l'équilibre économique pourrait très bien pencher en faveur d'une augmentation de la dotation infirmière. Le coût du roulement à lui seul, comme on l'a déjà mentionné, est estimé à 25 000 \$ par infirmière (O'Brien Pallas et al., 2001). Pour résumer, une augmentation de la dotation est probablement rentable, même à l'échelle de l'établissement, mais elle demeure difficile à évaluer sauf si tous les facteurs sont pris en compte (Goryakin, Griffiths et Maben, 2011).

Quoi qu'il en soit, en tant que collectivité, nous devrions regarder plus loin que les données du contexte organisationnel et nous tourner vers les données claires et probantes du contexte sociétal (Leatherman et al., 2003; Needleman, 2008). Les études américaines nous fournissent des hypothèses solides par rapport aux avantages financiers d'une meilleure dotation infirmière, mais il est difficile de comparer les économies. Toutefois, à la lumière de notre filet de sécurité sociale et en matière de santé au Canada, qui est très intégré, il est clair que les économies potentielles à l'échelle de la société sont énormes. Malheureusement, les cycles de budgets à court terme

d'aujourd'hui, les approches cloisonnées de préparation des budgets, et la prise de décision motivée politiquement ne nous permettent pas de voir la situation dans son ensemble.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Une journée dans un établissement rural de soins de longue durée

Ma gestionnaire a quitté l'hôpital en disant « faites de votre mieux ». Le quart de travail a été un cauchemar. Un homme souffrant de démence est devenu violent et j'ai dû téléphoner à la GRC. Une femme souffrait de douleurs atroces et on n'avait pas l'ordonnance du médecin pour augmenter la dose de médicaments. De plus, je devais faire mes tâches régulières, y compris environ 400 médicaments, cinq (5) pansements, répondre au téléphone, parler aux familles, et superviser les préposés. C'est ma pire journée depuis que je suis infirmière. Je suis revenue à la maison et j'ai pleuré. J'étais aussi enceinte de sept mois et demi cette journée-là.

Linda (Saskatchewan)

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Pas de pause, pas de lunch, pas d'espoir

C'est en fin d'après-midi que je me suis rendue compte que je n'avais pas pris de pauses ni de repas du midi, et que le médecin en fonction n'avait pas encore fait sa visite des patients! Dès que j'ai pensé à cela, le médecin est arrivé. Inutile de dire que j'ai quitté le travail 45 minutes plus tard que prévu, complètement épuisée, frustrée et découragée en raison de la dotation inadéquate et de la lourde charge de travail.

Je sentais que je n'avais pas dispensé les meilleurs soins à mes clients comme je le fais habituellement et comme je suis capable de le faire. Je retourne faire un autre quart de travail de 12 heures demain...

Alyson (Île-du-Prince-Édouard)

**Les patients ont besoin de
soins sécuritaires et de qualité.
Le personnel infirmier a besoin
de solutions.**

Qu'est-ce qui explique l'inaction des décideurs malgré des données aussi probantes? Elle est attribuable, en grande partie, aux stratégies de gestion financière à court terme au sein du système de soins de santé. Ces stratégies visent à combler les besoins financiers immédiats à l'échelle des établissements et limitent ainsi notre capacité à progresser selon une vision et une stratégie. Le système canadien de soins de santé est financé et administré par l'état et, par conséquent, il doit être véritablement intégré afin que l'acheminement clinique des patients se fasse sans coupure au sein du système. La planification financière et l'administration doivent se faire en ayant en tête les objectifs à long terme et la situation dans son ensemble. Les décisions en matière de dotation devraient être prises en tenant compte des gains financiers à long terme générés par de meilleurs résultats des patients. C'est avec cette vision à long terme que les administrateurs pourront équilibrer les budgets en santé sans diminuer, de façon myope, la dotation infirmière.

Les infirmières et les infirmiers savent ce que révèlent les données sur la charge de travail et les résultats de santé de leurs patients. Ils le savent en prenant connaissance des résultats d'études comme celles énumérées dans ce document, et ils le savent par le biais de leurs interactions avec les patients. Ils sont frustrés. Travaillant quotidiennement dans un milieu qui souscrit à la pratique fondée sur les données probantes, ils ne comprennent pas comment l'on peut ignorer vingt années de données sur la charge de

travail infirmière et les répercussions sur les patients.

L'énoncé qui suit est tiré d'une étude menée en 2004 par le Réseau canadien de recherche sur les politiques publiques, et portant sur les succès réalisés à la suite de la mise en place des recommandations du rapport 2002 du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) : « La bonne volonté du personnel infirmier n'est pas inépuisable, et on ne pourra parler de succès que si les infirmières ont l'impression que leur vie va en s'améliorant. » (Maslove et Fooks, 2004). Les dix rapports canadiens sur les ressources humaines infirmières, publiés entre 2000 et 2006, recommandent d'agir immédiatement. Les études menées par la suite ne font que renforcer cette demande. Cette action tarde à venir depuis longtemps.

Dans le rapport 2002 du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Michael Decter écrit : «... la qualité du système se juge à la qualité des soins infirmiers. » (Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002). Mettre en place des mécanismes permettant aux infirmières et aux infirmiers d'avoir leur mot à dire par rapport aux soins qu'ils dispensent à leurs patients, et qui prévoient le temps et les outils nécessaires pour dispenser ces soins, est une mesure qui ira loin et contribuera à créer un système plus efficace, viable et économique, un système qui répond mieux aux besoins des patients et des familles.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

À la salle d'opération

Aujourd'hui, je suis revenu à la maison découragé et épuisé, avec un mal de tête et des maux de dos, probablement parce que je n'avais pas mangé de la journée et que je suis si fatigué. Je me demande si j'ai oublié quelque chose et je me demande si j'aurais pu faire quelque chose pour éviter le décès de la jeune femme. Je revois constamment l'image de sa famille. Je me demande si je veux continuer à travailler comme ça et si la journée de demain sera similaire. Je crois que deux journées de suite comme ça serait trop pour moi.

Ken (Terre-Neuve-et-Labrador)

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

Recommandations
Fédération canadienne des
syndicats d'infirmières et
infirmiers

Principales recommandations

Que les décideurs :

1. S'engagent immédiatement à agir pour mettre en place des modèles de dotation sécuritaire dans tout le continuum de soins. Les mesures devraient comprendre des ratios sécuritaires de dotation selon lesquels les personnes sont remplacées par des personnes ayant les mêmes compétences, et selon lesquels le patient est jumelé à une infirmière ayant les compétences pertinentes.
2. Financent immédiatement la mise en œuvre d'un modèle national de dotation sécuritaire, en utilisant soit les ratios infirmière-patients ou un modèle dynamique de prise de décision partagée, par exemple le modèle synergique de prestation des soins.
3. Honorent l'obligation de rendre compte au sein du système de soins de santé afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins aux patients en allant plus loin que les éléments actuellement mesurés (temps d'attente, paramètres liés au volume et à la rémunération au rendement), et allouent plutôt les fonds aux établissements en fonction des améliorations par rapport aux résultats des patients et aux indicateurs relatifs au personnel infirmier (diminution de l'absentéisme, de l'épuisement, du roulement, etc.). Des mécanismes de responsabilisation

devraient être en place afin que les employeurs et les décideurs chargés du financement soient tenus responsables des décisions relatives à la dotation en personnel et des répercussions sur les patients, le personnel et les budgets.

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Nouvel An

Au cours du week-end du Nouvel An, la journée de l'infirmière faisant le quart de jour a commencé à 6 h 45 du matin le 31 décembre.

Il n'y avait pas d'infirmière disponible pour le quart de soir, alors j'ai travaillé jusqu'à minuit et, ensuite, j'ai dormi dans le petit lit dans la salle du personnel jusqu'à 5 h du matin. Le 1er janvier, lorsque j'ai commencé un nouveau quart, il n'y avait toujours pas d'infirmière pour le soir, alors... je suis demeurée au travail jusqu'à 23 h.

Candice

Recommandations à l'appui

Que les décideurs :

4. S'inspirent des données issues d'études nationales et internationales pour élaborer les modèles de dotation et les pratiques, et qu'ils respectent les lignes directrices fondées sur les données probantes, dont les lignes directrices de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, relatives aux pratiques exemplaires.
5. Financent, de façon ciblée, les initiatives visant une meilleure qualité du milieu de travail infirmier en améliorant la charge de travail infirmière et les résultats des patients.
6. Normalisent la collecte des données en soins de santé, y compris les indicateurs relatifs au personnel infirmier, et rendent ces données facilement accessibles aux décideurs grâce à des formats électroniques faciles à comprendre et à gérer, et pouvant être utilisés lors de la prise de décisions à l'échelle locale ou dans l'ensemble du système.
7. Fassent participer le personnel infirmier à tous les paliers par rapport à la mise en œuvre de solutions pour régler les problèmes du secteur infirmier.
8. S'occupent des problèmes liés à la gouvernance dans le secteur de la santé, en commençant aux premières lignes et en progressant vers le haut.
9. Clarifient le champ d'activité du personnel infirmier et le rôle des travailleurs non réglementés au sein du système, et assurent le remplacement des infirmières par des infirmières en éliminant les modèles de remplacement qui posent des risques et entraînent une fragmentation des soins.
10. Règlent le problème de la surcapacité au sein du système par une meilleure intégration des services entre les unités, et entre les hôpitaux et les collectivités. Cela peut se faire par un meilleur financement des soins à domicile et des organismes dispensant d'autres niveaux de soins, et en améliorant l'accès aux soins de santé primaires.

Références

- Accad, A. (2009). Job Stress. *Stress Out: Show Stress Who's the Boss!* Davenport, Sumner (ed.) Thousand Oaks, California, USA: Self Investment Publishing.
- Agrément Canada. (2012). *Normes sur la direction d'Agrément Canada*. Ottawa, ON, Canada.
- Aiken, L. (2010). Safety in numbers. *Nursing Standard*, 24(44), 62-63.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J. et Hiber, J. (2002). Hospital nurse staffing, patient mortality, nurse burnout, and job satisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1087-1993.
- Aiken, L., Sloane, D., Comiotti, J., Clarke, S., Flynn, L., Seago, J., Spetz, J. et Smith, H. (2010). Implications of the California nurse staffing mandate for other states. *Health Services Research*, 45(4), 904-921.
- Association canadienne des médecins d'urgence et National Emergency Nurses Affiliation. (2001). Joint position statement on emergency department overcrowding. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 3(2), 82-84.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines: Developing and Sustaining Effective Staffing and Workload Practices*. Toronto, ON, Canada.
http://www.rnao.org/Storage/35/2935_BPG_Staffing_Workload.pdf
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010). *Position Statement: Strengthening Client Centered Care in Hospitals*. Toronto, ON, Canada.
<http://rnao.ca/policy/position-statements/strengthening-client-centered-care-hospitals>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa, ON, Canada.
http://www2.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Code_of_Ethics_2008_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Énoncé de position. Les protocoles relatifs à la surcapacité et à la capacité dans le système de santé du Canada*. Ottawa, ON, Canada.
http://www2.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/PS101_Overcapacity_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*. Ottawa, ON, Canada.
http://www2.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/RN_Highlights_f.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010). *La fatigue des infirmières et la sécurité des patients*. Rapport de recherche. Ottawa, ON, Canada.
http://www2.cna-aiic.ca/CNA/practice/safety/default_f.aspx
- Baumann, A., O'Brien Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., Doran, D., Kerr, M., McGillis Hall, L., Vézina, M., Butt, M. et Ryan, L. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Ottawa, ON, Canada.
http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/pscomcare_f.pdf
- Bernstein, S., Aronsky, D., Epstein, S., Handel, D., Hwan, U. et McCarthy, M. (2009). The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 16, 1-10.
- Bobay, K., Yakusheva, O. et Weiss, M. (2011). Outcomes and cost analysis of the impact of unit-level nurse staffing on post-discharge utilization. *Nursing Economic\$, 29(2)*, 69-87.
- Bond, K., Ospina, M., Blitz, S., Afilalo, M., Campbell, S., Bullard, M., Innes, G., Holroyd, B., Curry, G., Schull, M. et Rowe, B. (2007). Frequency, determinants and impact of overcrowding. *Healthcare Quarterly*, 10(4), 32-40.
- British Columbia Medical Association. (2011). *Emergency Department Overcrowding*. Vancouver, Colombie-Britannique, Canada.
<https://www.bcma.org/files/WEB%20Emergency%20Dept%20Overcrowding.pdf>
- Buerhaus, P. (2009). Avoiding mandatory hospital nurse staffing ratios: An economic commentary. *Nursing Outlook*, 57, 107-112.

- Burnes Bolton, L., Aydin, C., Donaldson, N., Storer Brown, D., Sandhu, M., Fridman, M. et Udin Aronow, H. (2007). Mandated nurse staffing ratios in California: A comparison of staffing and nursing-sensitive outcomes pre- and postregulation. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8, 238-250.
- Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). *Notre santé, notre avenir. Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Ottawa, ON, Canada.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final-fra.pdf
- Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. (2005). *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. Ottawa, ON, Canada.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf
- Comité consultatif sur les ressources humaines en santé. (2000). *La stratégie pour les soins infirmiers au Canada*. Ottawa, ON, Canada.
http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2000-nurs-infirm-strateg/2000-nurs-infirm-strateg-fra.pdf
- Comité consultatif sur les ressources humaines en santé. (2002). *Notre santé, notre avenir. Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes : rapport final du comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*. Ottawa, ON, Canada.
- Chapman, S., Spetz, J., Seago, J., Kaiser, J., Dower, C. et Herrera, C. (2009). How have mandated nurse staffing ratios affected hospitals? Perspectives from California hospital leaders. *Journal of Healthcare Management*, 54(5), 321-335.
- Clarke, S. (2008). Nurse staffing and patient outcomes: Getting to the heart of the matter in research, practice and policy. *Pennsylvania Nurse*, 63(4), 8-9.
- Coffman, J., Seago, J. et Spetz, J. (2002). Minimum nurse-to-patient ratios in acute care hospitals in California. *Health Affairs*, 21, 53-64.
- Collis, J. (2010). Adverse effects of overcrowding on patient experience and care. *Emergency Nurse*, 18(8), 34-39.
- Cotton, J. (2012). Building Capacity - The implementation of a critical care/emergency program. *Canadian Journal of Nursing Leadership(Sp)*, 80-88.
- CTV News. (2011, 29 décembre). Montreal ERs over capacity. Montréal, QC, Canada.
http://montreal.ctv.ca/servlet/an/local/CTVNews/20111229/mtl_ERs_111229?hub=MontrealHome
- Curley, M. (2007). The Synergy Model: From theory to practice. M. Curley, *Synergy: The unique relationship between nurses and patients*, 1-23. Indianapolis, IN, USA: Sigma Theta Tau International.
- Davey, M., Cummings, G., Newburn-Cook, C. & Lo, E. (2009). Predictors of nurse absenteeism in hospitals: a systematic review. *Journal of Nursing Management*, 17, 312-330.
- DeVandry, S. et Cooper, J. (2009). Mandating nurse staffing in Pennsylvania. *Journal of Nursing Administration*, 39(11), 470-478.
- Donaldson, N. et Shapiro, S. (2010). Impact of California mandated acute care hospital nurse staffing ratios: A literature synthesis. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 11(3), 184-201.
- Donaldson, N., Burnes Bolton, L., Aydin, C., Brown, D., Elashoff, J. et Sandu, M. (2005). Impact of California's licensed nurse-patient ratios on unit-level nurse staffing and patient outcomes. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 6, 198-210.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M. et Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24, 244-255.
- El-Jardali, F. et Fooks, C. (2005). *Analyse contextuelle des points de vue actuels sur les ressources humaines en matière de santé au Canada. Problèmes relevés, solutions proposées et analyse des écarts*. Toronto, ON, Canada : Conseil canadien de la santé.
<http://conseilcanadiendelasante.ca/tree/2.13-EnvironScanFRE.pdf>

Références

- Ellis, J., Priest, A., MacPhee, M. et Sanchez McCutcheon, A. (2006). *Allier dotation et sécurité : Synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité des patients*. Ottawa, ON, Canada.
http://www.fcrss.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/staffing_for_safety_policy_synth_f.pdf
- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K. et Giovannetti, P. (2011). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Journal of Nursing Administration*, 41(7/8), S58-S68.
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2009). *Énoncé de position sur les soins infirmiers dans les couloirs*. Ottawa, ON, Canada.
http://www.fcsii.ca/sites/default/files/Hallway_Nursing_Position_Statement-French.pdf
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2011). *Tendances : Absentéisme en raison de maladie ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public*. Préparé par Informetrica Limited. Ottawa, ON, Canada.
http://www.fcsii.ca/sites/default/files/overtime_and_absenteeism_quick_factsfr.pdf
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2012). *Long-Term Health Care Workforce Planning Built on Partnership, Expertise and Safe Staffing: A Practical Imperative* (Mémoire soumis au Comité permanent de la Chambre des communes des ressources humaines, du développement des compétences, du développement social et de la condition des personnes handicapées). Ottawa, ON, Canada.
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2012). *Provincial Union Surveys of Frontline Nurses*. Non publié.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2010). Myth: Emergency room overcrowding is caused by non-urgent cases. *Journal of Health Research & Policy*, 15(3), 188-189.
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2010). *Picking Up the Pace: How to Accelerate Change in Primary Healthcare*. Ottawa, ON, Canada.
http://www.chsrf.ca/Libraries/Picking_up_the_pace_files/2011_CHSRF_PUP_Conference_Report_ENG_FINAL.sflb.ashx
- Fram, N. et Morgan, B. (2012). Linking nursing outcomes, workload and staffing decisions in the workplace: The Dashboard project. *Canadian Journal of Nursing Leadership*(Sp), 114-125.
- Franche, R.-L., Murray, E., Ostry, A., Ratner, P., Wagner, S. et Harder, H. (2010). Work disability prevention in rural areas: A focus on health care workers. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health, Education, Practice and Policy*, 1-24.
- Gerdtz, M. et Nelson, S. (2007). 5-20: A model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. *Journal of Nursing Management*, 15, 64-71.
- Gordon, S., Buchanan, J. et Bretherton, T. (2008). *Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Health Care*. Ithaca, NY, USA: Cornell University Press.
- Goryakin, Y., Griffiths, P. et Maben, J. (2011). Economic evaluation of nurse staffing and nurse substitution in health care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 501-512.
- Greco, P., Laschinger, H. et Wong, C. (2006). Leader empowering behaviours, staff nurse empowerment and work engagement/burnout. *Canadian Journal of Nursing Leadership* 19(4), 41-56.
- Greenglass, E., Burke, R. et Moore, K. (2003). Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses. *Applied Psychology: An International Review*, 52(4), 580-597.
- Hackenschmidt, A. (2004). Living with nurse staffing ratios: Early experiences. *Journal of Emergency Nursing*, 30(4), 377-379.
- Harless, D. et Mark, B. (2010). Nurse staffing and quality of care with direct measurement of inpatient staffing. *Medical Care*, 48, 659-663.
- Hanson, G. P., Fahlman, J. and Lemonde, M. (2007). *Quality Worklife — Quality Healthcare Collaborative (QWQHC) Environmental Scan, Final Report*. Ottawa, ON, Canada: CQVT-SSQ et Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
http://www.chsrf.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/QWQHC_Environmental_Scan_e.pdf

- Harrington, C., O'Meara, J., Collier, E. et Schnelle, J. (2003). Nursing indicators of quality in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, October, 5-11.
- Holden, R., Scanlon, M., Patel, N., Kaushal, R., Hamilton Escoto, K., Brown, R., Alper, S., Arnold, J., Shalaby, T., Murkowski, K. et Karsh, B. (2011). A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *British Journal of Medicine Quality & Safety*, 20, 15-24.
- Hoot, N. et Aronsky, D. (2008). Systematic review of emergency department crowding: Causes, effects and solutions. *Annals of Emergency Medicine*, 52(2), 126-136.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Niveaux de soins alternatifs au Canada*. Ottawa, ON, Canada.
https://secure.cihi.ca/free_products/ALC_AIB_FINAL_FR.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé. (2012). *Infirmières règlementées : tendances canadiennes, 2006 à 2010*. Ottawa, ON, Canada.
https://secure.cihi.ca/free_products/RegulatedNursesCanadianTrends2006-2010_FR.pdf
- Irvine, D., & Evans, M. (1995). Job satisfaction and turnover between nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research*, 44(4), 246-253.
- Jones, C. et Gates, M. (2007). The costs and benefits of nurse turnover: A business case for nurse retention. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3), manuscript 4.
- Kane, R., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S. et Wilt, T. (2007). The Association of Registered Nurse staffing levels and patient outcomes. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204.
- Kaplow, R. et Reed, K. (2008). The AACN model for patient care: A nursing model as a force of magnetism. *Nursing Economic\$,* 26(1), 17-25.
- Kerr, M., Laschinger, H., Severin, C., Almost, J., Thomson, D., O'Brien Pallas, L., Shamian, J., McPherson, D., Koehoorn, M., LeClair, S. (2002). *Surveillance de la santé du personnel infirmier au Canada*. Ottawa, ON, Canada: Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
http://www.fcrss.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/OGC/kerr_f.pdf
- Kozier, B. J., Erb, G., Berman, A., Snyder, S., Raffin Bouchal, D., Hirst, S., Yiu, L., Stamler, L., Buck, M. (2010). *Fundamentals of Canadian Nursing: Concepts, Process, and Practice*. (2nd ed.) Toronto, ON, Canada: Pearson Education Canada.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M., Sloane, D., Cimiotti, J., Flynn, L., Felber Neff, D. et Aiken, L. (2009). Nursing: A key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), 669-677.
- Laschinger, H. (2004). Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nursing Administration*, 34, 354-364.
- Laschinger, H. (2008). Effects of empowerment on professional practice environments, work satisfaction, and patient care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 322-330.
- Lasota, M. (2009). *Trends in Own Illness or Disability-related Absenteeism and Overtime Among Publicly-Employed Registered Nurses. Summary of Key Findings*. Préparé par Informetrica Ltd pour la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, Ottawa, ON, Canada.
- Laupacis, A. et Born, K. (2011). *The Risk of Emergency Department Overcrowding*.
<http://healthydebate.ca/2011/07/topic/politics-of-health-care/ed-wait-times>
- Lavoie-Tremblay, M., O'Brien-Pallas, L., Gélinas, C., Desforges, N. et Marchionni, C. (2008). Addressing the turnover issue among new nurses from a generational viewpoint. *Journal of Nursing Management*, 16(6), 724-733.
- Leatherman, S., Berwick, D., Iles, D., Lewin, L., Davidoff, F., Nolan, T., et Bisognano, M. (2003). The business case for quality: Case studies and an analysis. *Health Affairs*, 22(2), 18-30.
- MacPhee, M., Jewell, K., Wardrop, A., Ahmed, A. et Mildon, B. (2010). British Columbia's nursing workload project: Evidence to empowerment. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23(1), 54-63.
- MacPhee, M., Wardrop, A. et Campbell, C. (2010). Transforming work place relationships through shared decision making. *Journal of Nursing Management*, 18, 1016-1026.
- Manitoba Government. (2011). *Workplace Safety and Health Regulation 107/2011*, Amendment to *The Workplace Safety and Health Act* (C.C.S.M. c. W210).

Références

- Manojlovich, M., Souraya, S., Covell, C. et Antonakos, C. (2011). Nurse dose: Linking staffing variables to adverse patient outcomes. *Nursing Research*, 60(4), 214-220.
- Maslove, L. et Fooks, C. (2004). *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*. Rapport d'étape sur la mise en œuvre du rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, éd.), Ottawa, ON, Canada.
http://www.cprn.org/documents/30762_en.pdf
- McGillis Hall, L., Pink, L., Lalonde, M., Tomblin Murphy, G., O'Brien Pallas, L., Laschinger, H., Tourangeau, A., Besner, J., White, D., Tregunno, D., Thomson, D., Peterson, J., Seto, L., Akeroyd, J. (2006). Decision making for nurse staffing: Canadian perspectives. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(4), 261-269.
- McGillis Hall, L., Pedersen, C. et Fairley, L. (2010). Losing the moment: understanding interruptions to nurses' work. *Journal of Nursing Administration*, 40(4), 169-176.
- McHugh, M., Kelly, L., Sloane, D. et Aiken, L. (2011). Contradicting fears, California's nurse-to-patient mandate did not reduce the skill level of the nursing workforce in hospitals. *Health Affairs*, 30(7), 1299-1306.
- McHugh, M., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J., Sloane, D. et Aiken, L. (2011). Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care. *Health Affairs*, 30(2), 202-210.
- Mildon, B. (2011). *The Concept of Home Care Nursing Workload*. Unpublished doctoral dissertation, University of Toronto.
https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/29508/1/Mildon_Barbara_L_201106_PhD_thesis.pdf
- Ministère de la Santé et des Soins de Longue Durée de l'Ontario. Nursing Secretariat. (2012). 2012/2013 Late Career Nurse Initiative. *Health Bulletins*. Toronto, ON, Canada.
- Morris, R., MacNeela, P., Scott, A., Treacy, P. et Hyde, A. (2006). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 57(5), 463-471.
- Moskop, J., Sklar, D., Gudeman, J., Schears, R. et Bookman, K. (2009). Emergency department crowding, Part 1 — Concept, causes, and moral consequences. *Annals of Emergency Medicine*, 53(5), 605-611.
- Needleman, J. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-277.
- Needleman, J. (2008). Is what's good for the patient good for the hospital? *Policy, Politics & Nursing practice*, 9(2), 80-87.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S. et Stewart, M. (2002). Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Maureen, S., Zelevinsky, K. et Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: Is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25(1), 204-211.
- Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, S., Leibson, C. et Stevens, S. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045.
- O'Brien-Pallas, L., Baumann, A., Donner, G., Tomblin Murphy, G., Lochhaas-Gerlach, J. et Luba, M. (2001). Forecasting models for human resources in health care. *Journal of Advanced Nursing* 33(1), 120-9.
- O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Shamian, J., Li, X. et Hayes, L. (2010). Impact and determinants of nurse turnover, a pan-Canadian study. *Journal of Nursing Management*, 18, 1073-1086.
- O'Connor, P., Ritchie, J., Droin, S. et Covell, C. (2012). Redesigning the workplace for 21st century healthcare. *Healthcare Quarterly*, 15(Sp), 30-35.
- Olds, D. et Clarke, S. (2010). The effect of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*, 41, 153-162.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009). *Nursing in Temporary Locations: Listening to Ontario's Nurses*. Toronto, ON, Canada.
<http://www.cno.org/Global/docs/policy/NursingInTheHallsAugust2009.pdf>

- Patrician, P., Donaldson, N., Loan, L., Bingham, M., McCarthy, M., Brosch, L. et Fridman, M. (2011). The association of Shift-Level nurse staffing with adverse patient events. *Journal of Nursing Administration*, 41(2), 64-70.
- Penoyer, D. (2010). Nurse staffing and patient outcomes in critical care: A concise review. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1521-1528.
- Pines, J.M., Garson, C., Baxt, W.G., Rhodes, K.V., Shofer, F.S. et Hollander, J.E. (2007). ED crowding is associated with variable perceptions of care compromise. *Academic Emergency Medicine*, 14(12), 176-81.
- Plecash, C. (2012, 6 février). Accountability issues dominate talk on the future of Canada's health care system. *Hill Times Online*.
<http://www.hilltimes.com/policy-briefing/2012/02/06/accountability-issues-dominate-talk-on-the-future-of-canada%E2%80%99s-health-care/29452>
- Poghosyan, L., Clarke, S. et Finlayson, M. A. (2010). Nurse burn-out and quality of care: Cross-national investigation in six countries. *Research in Nursing & Health*, 33, 288-298.
- Recent News.ca. (2012, 20 juin). *Investigative Panel Supports RN Concerns about Staffing Levels, Patient Safety, at SAH's Emergency Department*. Sault Ste Marie, ON, Canada.
<http://www.recentnews.ca/investigative-panel-supports-rn-concerns-about-staffing-levels-patient-safety-at-sahs-emergency-department/>
- Reiter, K., Harless, D., Pink, G., Spetz, J. et Mark, B. (2011). The effect of minimum nurse staffing legislation on uncompensated care provided by California hospitals. *Medical Care Research and Review*, 68(3), 332-351.
- Ross, J. (2010). Legislating nurse staffing: Understanding the issues and reviewing the evidence. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 25(5), 319-321.
- Rozdilsky, J. et Alexce, A. (2012). Improving patient, nursing and organizational outcomes utilizing formal nurse-patient ratios. *Canadian Journal of Nursing Leadership (Sp)*, 103-113.
- Ryten, E. (1997). *A Statistical Picture of the Past, Present and Future of Registered Nurses in Canada*. Ottawa, ON, Canada: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Schilling, P. et Dougherty, P. (2011). Do higher hospital-wide nurse staffing levels reduce in-hospital mortality in elderly patients with hip fractures? *Clinical Orthopedics and Related Research*, 469(10), 2932-2940.
- Schull, M., Kiss, A. et Szalai, J. (2007). The effect of low-complexity. *Annals of Emergency medicine*, 49, 257-264.
- Shamian, J. et El-Jardali, F. (2007). Healthy workplaces for healthcare workers in Canada: Knowledge transfer and uptake in policy and practice. *Healthcare Papers*, 7(Sp), 6-25.
- Shamliyan, T., Kane, R., Mueller, C., Duvall, S. et Wilt, T. (2009). Cost savings associated with increased RN staffing in acute care hospitals: A simulation exercise. *Nursing Economic\$, 27(5)*, 302-331.
- Shever, L. (2011). The impact of nursing surveillance on failure to rescue. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 25(2), 107-126.
- Smadu, M. et McMillan, C. (2007). Time to move from paper to practice. Commentary. *HealthcarePapers*, 7(Sp), 64-66.
- Société de l'étude sectorielle sur les soins de santé. (2006). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada*. Ottawa, ON, Canada.
http://www.ccpnr.ca/PDFs/Rapport_final_de_la_PhaseII.pdf
- Spetz, J. (2004). California's minimum nurse-to-patient ratios. *Journal of Nursing Administration*, 34, 571-578.
- Spetz, J. (2008). Nurse satisfaction and the implementation of minimum nurse staffing regulations. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 9, 15-21.
- Stamler, L. L., Berry, L., et Alexce, A. (2011). *Améliorer les résultats des patients, des soins infirmiers et de l'organisation en utilisant des ratios formels infirmière-patients*. Section du rapport final du projet De la recherche à l'action. Ottawa, ON, Canada: Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.

- Storch, J., Rodney, P. et Starzomski, R. (2013). *Toward a New Horizon: Nursing Ethics for Leadership and Practice* (2nd ed.). Don Mills (ed.). Toronto, ON, Canada: Pearson Canada.
- Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan. (2012). *Government/SUN/RHA Tripartite Agreement*. Regina, SK, Canada.
<http://sun-nurses.sk.ca/government-relations/government-sun-rha-agreement>
- Syndicat des infirmières et infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador. (2011). *Excessive Hours of Work: Professional and Union Considerations*. St John's: Newfoundland and Labrador Nurses' Union.
http://www.nlnu.ca/uploads/file/Excessive%2520Hours%2520of%2520Work_final.pdf
- Thungjaroenku, P., Cummings, G. et Embleton, A. (2007). The impact of nurse staffing on hospital costs and length of stay: A systematic review. *Nursing Economic\$, 25*(5).
- Tomblin Murphy, G., Birch, S., Alder, R., Mackenzie, A., Lethbridge, L., Little, L. et Cook, A. (2009). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*. Ottawa, ON, Canada: Association des infirmières et infirmiers du Canada.
http://www2.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/RN_Highlights_f.pdf
- Tourangeau, A., Cranley, L., Laschinger, H. et Pachis, J. (2010). Relationships among leadership practices, work environments, staff communication and outcomes in long-term care. *Journal of Nursing Management, 18*, 1060-1072.
- Tourangeau, A., Doran, D., McGillis Hall, L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Cranley, L. et Tu, J. (2006). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing, 57*(1), 32-44.
- Trinkoff, A., Johantgen, M., Storr, C., Gurses, A., Liang, Y. et Han, K. (2011). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing Research, 60*, 1-8.
- Tschannen, D., Kalisch, B. et Lee, K. H. (2010). Missing nursing care: The impact on intention to leave and turnover. *Canadian Journal of Nursing Research, 42*(4), 22-39.
- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P. et Finn, J. (2011). The impact of nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: A retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal of Nursing Studies, 48*, 540-548.
- University of Toronto Magazine*, (2003, été). Study measures overcrowding in hospital emergency rooms. Toronto, ON, Canada.
<http://www.magazine.utoronto.ca/leading-edge/canada-emergency-room-overcrowding-study-michael-schull/>
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H. et Van de Heyning, P. (2010). Impact of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing, 19*, 1664-1674.
- Virtanen, M., Pentti, J., Vahtera, J., Ferrie, J., Stansfeld, S., Helenius, H., Elovainio, M., Honkonen, T., Terho, K., Oksanen, T. et Kivimäki, M. (2008). Overcrowding in hospital wards as a predictor of antidepressant treatment among hospital staff. *American Journal of Psychiatry, 165*(11), 1482-1486.
- Weidner, A., Graham, C., Smith, J., Aitken, J. et Odell, J. (2012). Evaluation of nursing retention and recruitment programs in Alberta. *Canadian Journal of Nursing Leadership(Sp)*, 130-147.
- Wingrove, J. (2010, 19 novembre). Emergency room overcrowding putting patients at risk. *Globe & Mail*. Toronto, ON, Canada.
<http://www.theglobeandmail.com/news/national/prairies/emergency-room-overcrowding-putting-patients-at-risk/article1807108/>
- Yuen, J. (2009, 3 mai). Halls of shame: Ontario's push to shorten ER wait times means patients are languishing in hallways, nursing groups charge. *Toronto Sun*. Toronto, ON, Canada.
<http://www.torontosun.com/news/canada/2009/05/03/9330606-sun.html>

Annexe A Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers Groupe de réflexion – projet Charge de travail

Toronto

5-6 décembre 2011

Participant	Poste	Organisation
Linda Silas	Présidente	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
Barbara Foster	Directrice exécutive adjointe	Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada
Judith Shamian, Ph. D.	Présidente et chef de direction	Ordre des infirmières de Victoria
Gail Tomblin Murphy, Ph. D.	Professeur et directrice adjointe	École des sciences infirmières, Université Dalhousie
Mélanie Lavoie-Tremblay, Ph. D.	Professeur adjoint	École des sciences infirmières, Université McGill
Patricia O'Connor	Directrice des soins infirmiers	Centre universitaire de santé McGill
Judith Ritchie, Ph. D.	Directrice adjointe de la recherche en soins infirmiers	Centre universitaire de santé McGill
Linda McGillis Hall, Ph. D.	Professeur, vice-doyenne chargée de la recherche et des relations extérieures	École des sciences infirmières, Université de Toronto
Ann Tourangeau, Ph. D.	Professeur adjoint	École des sciences infirmières, Université de Toronto
Marlene Smadu, Ph. D.	Vice-doyenne	College of Nursing, Université de la Saskatchewan
Maura MacPhee, Ph. D.	Professeur adjoint	École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique
Murielle Tessier Dufour	Conseillère syndicale, secteur organisation du travail	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
Jo Anne Shannon	Spécialiste de la pratique professionnelle	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Deborah Stewart	Agente chargée de la pratique professionnelle et de l'éducation	Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba
Judith Grossman	Agente chargée de la recherche et des politiques	Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta
Patricia Wejr	Analyste principale – politiques	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique
Arlene Wortsman	Consultante	Arlene Wortsman and Associates
Lois Berry, Ph. D.	Consultante	College of Nursing, Université de la Saskatchewan
Paul Curry	Agent de recherche	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Annexe B Réunion des négociateurs des syndicats infirmiers

Vancouver

12 janvier 2012

Participant	Poste	Organisation
John Vivian	Directeur exécutif	Syndicat des infirmières et infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador
David Brown	Directeur général	Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Kendra Gunn	Directrice exécutive	Syndicat des infirmières et infirmiers de l'Île-du-Prince-Édouard
Dan Anderson	Directeur et négociateur en chef	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Leona Barrett	Agente des relations de travail	Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba
Rosalee Longmoore	Présidente	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan
Paul Kuling	Deuxième vice-président	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan
Kelly Miner	Directrice des relations de travail	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan
Amber Alecxe	Directrice du programme Patients et familles d'abord et chargée des relations gouvernementales	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan
Carl Veistrup	Agent des relations de travail	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan
David Harrigan	Directeur des relations de travail	Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta
Gary Fane	Directeur exécutif, négociations et développement stratégique	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique
Linda Silas	Présidente	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
Lois Berry, Ph. D.	Consultante	College of Nursing, Université de la Saskatchewan
Brett Holmes	Secrétaire général	New South Wales Nurses' Association
Jill Furillo	Directrice nationale des négociations	National Nurses United
Debra McPherson	Présidente	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique
Debbie Forward	Présidente	Syndicat des infirmières et infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador
Heather Smith	Présidente	Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta
Jeannine Arbour	Négociatrice	Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta
Linda Haslam-Stroud	Présidente	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Bev Mathers	Négociatrice	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Valerie MacDonald	Négociatrice	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Annexe C Table ronde L'heure juste sur les lacunes des milieux de travail du secteur de la santé

Ottawa

31 janvier 2012

Participant	Poste	Organisation
Lori Lamont	Vice-présidente, chef de direction des soins infirmiers	Régie régionale de la santé de Winnipeg
Jane MacDonald	Vice-présidente, Affaires publiques et mobilisation communautaire	Ordre des infirmières de Victoria
Patricia O'Connor	Directrice des soins infirmiers	Centre universitaire de santé McGill
Diane Calvert-Simms	Vice-présidente, services aux patients, chef de direction des soins infirmiers	Autorité sanitaire du district du Cap-Breton
Suzanne Johnston	Vice-présidente des services cliniques, chef de direction des soins infirmiers	Northern Health
Debbie Forward	Présidente	Syndicat des infirmières et infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador
Michel Mailhot	6e vice-président	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec
Sandi Mowat	Présidente	Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba
Rosalee Longmoore	Présidente	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Saskatchewan
Patricia Wejr	Analyste principale en matière de politiques	Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique
Debra Bournes, Ph. D.	Chef de direction des soins infirmiers	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Sylvie Hains	Directrice des soins infirmiers	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Anita Paras	Gestionnaire, planificatrice de la main-d'œuvre	Alberta Health Services
Lynn Digney Davis	Chef de direction des soins infirmiers	Saskatchewan Health
Dorothy LaPlante	Directrice générale, bureau des soins infirmiers	Direction de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
Linda Silas	Présidente	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
Norma Freeman	Infirmière conseillère	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Barb Foster	Directrice exécutive adjointe	Santé Canada, Bureau de la politique des soins infirmiers
Kate Thompson	Infirmière-conseil principale	Santé Canada, Bureau de la politique des soins infirmiers
Jacque Lemaire	Analyste principale en matière de politiques	Santé Canada, Bureau de la politique des soins infirmiers
Lois Berry, Ph. D.	Consultante	Université de la Saskatchewan
Arlene Wortsman	Consultante	Arlene Wortsman and Associates
Paul Curry	Agent de recherche	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Les réalités du personnel infirmier de première ligne :

Fière d'être infirmière malgré tout

Mes collègues et moi avons pleuré. Nous avons pleuré parce que nous compatissions avec la patiente en soins palliatifs et, pire encore dans mon cas, je ne sentais pas que je lui avais dispensé de très bons soins. Je sentais que j'étais la pire des infirmières parce que je n'avais pas eu le temps de la retourner dans son lit! Toutefois, ma collègue et moi nous sommes données une tape dans le dos parce que nous avons pu éviter que nos deux patients pédiatriques ne se retrouvent en insuffisance respiratoire et ils ont survécu cette nuit-là.

Je suis reconnaissante de faire partie de l'équipe de soins et je suis fière d'être infirmière!

Jackie

Se basant sur les résultats d'études rigoureuses et sur l'expérience du personnel infirmier de première ligne, *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients* jette un regard qui fait réfléchir aux défis auxquels est confrontée la main-d'œuvre infirmière surchargée, et aux incidences sur les patients. *Charge de travail infirmière et soins aux patients* met à nu les promesses en l'air d'innombrables études gouvernementales et demande avec instance aux décideurs de comprendre combien l'éducation et la formation du personnel infirmier ajoute de la valeur aux soins dispensés aux patients. Ce rapport offre une vision claire d'un avenir dans lequel la dotation infirmière favorise les patients et le personnel infirmier tout en contribuant à la viabilité financière de notre système de soins de santé.

ISBN : 978-0-9868382-3-1



LA FÉDÉRATION
CANADIENNE
DES SYNDICATS
D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS

LE SAVOIR AU SERVICE
DU SAVOIR-FAIRE