

LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII)

POSITION DE L'AIIC ET DE LA FCSII

- ▶ La sécurité optimale des patients nécessite la collaboration, des compétences et l'obligation de rendre compte à de nombreux niveaux. Les infirmières et infirmiers et les dirigeants en soins infirmiers devraient être des participants dans toutes les prises de décisions de façon à pouvoir contribuer leurs connaissances uniques et leurs aptitudes à l'atteinte d'une culture de sécurité et de dotation sécuritaire en personnel.
- ▶ Les facteurs systémiques liés au changement, à la technologie, aux milieux de travail au rythme rapide et aux ressources restreintes ont un effet crucial sur la capacité du personnel infirmier de prévenir ou de minimiser les préjudices.
- ▶ Des milieux de pratique professionnels de qualité, la dotation sécuritaire en personnel et les modèles organisationnels de soins infirmiers qui conviennent aux besoins des patients, des clients et des résidents sont essentiels pour prodiguer des soins sécuritaires et éthiques.
- ▶ La promotion de la divulgation des risques, des événements indésirables, des incidents évités de justesse et des préjudices nécessite une culture axée sur la sécurité plutôt qu'une culture de blâme. Le personnel infirmier et les autres travailleurs en soins de santé nécessitent le soutien adéquat au moment d'intervenir pour aborder les pratiques non sécuritaires ou incompetentes.

CONVICTIONS DE L'AIIC ET DE LA FCSII

L'AIIC et la FCSII croient que tous les fournisseurs de soins, organisations de soins de santé et gouvernements doivent se partager la responsabilité de la prestation de soins sécuritaires et éthiques, avec compassion et compétence.

La participation du public est une composante essentielle des soins sécuritaires et éthiques, avec compassion et compétence.

L'AIIC et la FCSII sont d'avis que la sécurité des patients comporte un vaste éventail de politiques, de stratégies et d'interventions au niveau du personnel infirmier même, de la profession, de l'équipe interprofessionnelle, de l'organisation de soins de santé et du système de santé (Conseil international des infirmières, 2012).

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

- ▶ les pénuries en personnel infirmier, les effectifs insuffisants et les méthodes de dotation en personnel inappropriées posent une menace importante à la sécurité des patients (Aiken et coll., 2014; Ellis, Priest, MacPhee et Sanchez McCutcheon, 2006, McGillis-Hall et Pink, 2004; Needleman et coll. 2011; Shang et coll., 2019).
- ▶ pour assurer une dotation sécuritaire en personnel, une dotation de base doit être établie afin de déterminer selon des données probantes les besoins des patients, des clients et des résidents, qui obtiennent régulièrement des soins dans l'unité ou le programme. Les décisions en matière de dotation doivent également correspondre aux connaissances, aux compétences et à l'éducation formelle des fournisseurs de soins de santé. Si on doit remplacer un membre du personnel infirmier en raison de maladie ou d'autres facteurs, ce devrait être par quelqu'un ayant les mêmes qualifications et une expérience semblable (MacPhee, 2014).
- ▶ Les changements et l'augmentation du nombre, l'acuité ou la complexité des patients, des clients ou des résidents nécessiteront des changements correspondants à la dotation en personnel au fur et à mesure qu'ils se produisent. « Les patients ont besoin d'outils d'évaluation... qui doivent être utilisés pour déterminer selon les données probantes les besoins des patients, et pour appuyer des décisions en matière de dotation en collaboration avec le personnel infirmier et les gestionnaires des soins infirmiers sur une base en temps réel, et un quart de travail à la fois » [traduction] (MacPhee, 2014, p. 53).
- ▶ Pour assurer la continuité et l'intégration des soins, les niveaux de dotation en personnel doivent permettre d'allouer le temps nécessaire pour :
 - effectuer les évaluations et les réévaluations détaillées nécessaires;
 - nouer des relations thérapeutiques;
 - consulter d'autres infirmières ou infirmiers ou des professionnels de la santé, ou collaborer avec eux, ainsi qu'avec des membres de la famille, le cas échéant.
- ▶ Les modèles organisationnels de soins infirmiers appropriés et réceptifs aux besoins des patients doivent être mis en œuvre pour faire progresser la continuité des soins et éviter de prodiguer des soins fragmentés (AIC, 2012; Harris et McGillis Hall, 2012; Tiedeman et Lookinland, 2004).
- ▶ « La définition claire du champ d'exercice permet d'éviter la confusion entourant les rôles, la fragmentation des soins et le recours inapproprié aux infirmières et infirmiers » (MacPhee, 2014, xvi).

L'AIC et la FCSII croient que l'atteinte de la sécurité des patients nécessite une responsabilisation et la compétence au niveau systémique.

- ▶ Des systèmes de déclaration et d'apprentissage volontaires doivent être mis en place pour recueillir l'information sur les dangers, les événements indésirables, les incidents évités de justesse, les préjudices et d'autres préoccupations des patients liées à la sécurité et qui visent à faciliter l'apprentissage et l'amélioration (Institut canadien pour la sécurité des patients [ICSP], 2017). Des politiques claires sur la divulgation des préjudices ou des événements évités de justesse et sur la divulgation des préjudices aux patients et à leurs proches doivent être mises en pratique pour soutenir de bonnes pratiques cliniques et améliorer la sécurité des patients dans le système. Les personnes doivent pouvoir déclarer en toute confiance et en toute sécurité toute atteinte à la sécurité des patients sans peur du blâme et elles doivent avoir l'assurance que leurs préoccupations donneront lieu à des mesures (ICSP, 2017).
- ▶ Des solutions au niveau systématique sont nécessaires pour réduire de façon plus efficace les dangers, les événements indésirables, les incidents évités de justesse et les préjudices¹ lorsqu'ils sont perçus comme des échecs du système. Une telle approche en soins de santé permet de délaissier une culture de blâme individuel et d'effectuer le virage vers une culture de sécurité où la divulgation des événements indésirables est exigée et encouragée (ICSP, 2011; Auer, Schwendimann, Koch, De Geest et Ausserhofer, 2014).
- ▶ Afin d'assurer la transparence organisationnelle et la responsabilisation publique, « les données liées à la prestation des soins infirmiers, comme les niveaux de dotation et la composition du personnel, doivent être rendues publiques » [traduction] (MacPhee, 2014, p. 54).
- ▶ Comme le système de santé prodigue davantage de soins pour traiter les maladies chroniques et des soins actifs dans les milieux communautaires et de longue durée, l'AIIIC et la FCSII croient que la sécurité et les besoins des patients doivent constituer des critères déterminants pour prendre des décisions concernant la dotation et assurer des résultats cliniques appropriés. La prestation de soins doit aussi être fondée sur les meilleures données disponibles.
- ▶ Il est important que chaque travailleur en soins de santé soit traité avec respect et soutien lorsqu'il soulève des questions ou intervient pour aborder des pratiques non sécuritaires ou non compétentes (AIIIC, 2017). L'AIIIC et la FCSII appuient les infirmières et infirmiers à militer en faveur de milieux où on encourage le personnel infirmier à défendre les intérêts des patients et à les protéger. Ce soutien peut comprendre la dénonciation ou une loi sur la présentation d'excuses² dans toutes les provinces ou territoires. Le personnel infirmier devrait également connaître les procédures de divulgation et la

¹ Alors qu'on utilisait auparavant les termes *incidents*, *événements indésirables*, *interventions non sécuritaires* ou *erreurs*, ces menaces sont mieux connues comme étant un *préjudice*. Ce changement de terminologie fait partie d'un mouvement visant à délaissier la culture du blâme, qui fait état de la sensibilisation d'un patient aux préjudices potentiels et se veut conforme aux définitions utilisées par l'Organisation mondiale de la Santé et l'Institute for Healthcare Improvement.

² La loi sur la présentation d'excuses stipule qu'une excuse est une expression de sympathie et de regret, et non une admission de culpabilité ou de responsabilité.

documentation qui s’y rapporte (Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada [SPIIC], 2008; ICSP, 2011).

L’AIIIC et la FCSII croient que le milieu dans lequel les patients, clients et résidents obtiennent des soins et dans lequel le personnel infirmier pratique peut soutenir la capacité de prodiguer des soins sécuritaires ou lui nuire.

- ▶ Alors que tous les dirigeants du système de santé se partagent la responsabilité de mettre en application et de soutenir une pratique professionnelle de qualité, les dirigeant(e)s en soins infirmiers jouent un rôle particulièrement important dans la promotion et le maintien d’une telle pratique (Regan et coll., 2017; Merrill, 2015).

L’AIIIC et la FCSII croient que les dirigeants en soins infirmiers (c’est-à-dire ceux ayant la formation et les désignations dans la discipline infirmière) devraient prendre part à tous les niveaux de prise de décisions, en leur conférant l’autonomie suffisante et le contrôle sur le budget et le déploiement de la main-d’œuvre infirmière. Les infirmières et infirmiers fournissant des soins directs aux patients doivent avoir l’occasion et la volonté de choisir et de mettre en œuvre des innovations qui sont essentielles pour atteindre une réforme culturelle dans les milieux de pratique afin de permettre et de faire progresser une culture de sécurité des patients et une qualité des soins améliorées. Les infirmières et infirmiers nécessitent également les ressources et l’équipement adéquats pour fournir des soins de qualité.

CONTEXTE

La sécurité des patients est définie comme la « réduction des pratiques et des actes dangereux, l’atténuation de leurs effets, et le recours à de bonnes pratiques qui contribuent à des soins plus sécuritaires pour les patients » (ICSP, 2016). Dans la pratique infirmière, la sécurité des patients signifie aussi qu’un professionnel de la santé prend en charge le patient pour l’aider à atteindre une santé optimale en veillant à ce que toutes les mesures nécessaires soient prises pour prévenir ou minimiser les préjudices.

Entre 2014 et 2015, au Canada, une hospitalisation sur 18 a donné lieu à un préjudice qui aurait pu être évité. Parmi ce groupe de patients, 20 % d’entre eux ont subi plus d’un type de préjudice³ (Institut canadien d’information sur la santé [ICIS] et ICSP, 2016). En d’autres mots, « chaque jour, plus de 1 600 lits d’hôpitaux, soit l’équivalent de quatre hôpitaux de grande taille, sont occupés par des patients souffrant de préjudices qui ont

³ Quatre types de préjudices dans les hôpitaux ont été examinés : (1) affections liées aux soins de santé ou aux médicaments, (2) infections liées aux soins de santé, (3) accidents chez les patients et (4) affections liées aux interventions.

prolongé leur séjour. L'ICIS estime que ces soins supplémentaires ont coûté au système de santé 685 millions de dollars en 2014-2015, sans compter les honoraires des médecins pour leurs services » [traduction] (Vogel, 2016, p. E427).

En une année seulement (2009-2010), on estime le fardeau économique total associé à de tels préjudices à 1,1 milliard de dollars (ICSP, 2012). Les prévisions laissent entendre que, au cours des trois prochaines décennies, 400 000 événements préjudiciables annuels sur les patients à domicile et dans les communautés pourraient survenir (en moyenne), pour un fardeau annuel projeté de 2,75 milliards de dollars (Risk Analytica, 2017).

Les problèmes de sécurité des patients sont perçus comme étant alimentés par des facteurs systémiques comme les changements rapides dans le système de soins de santé, l'utilisation accrue de la technologie, la complexité des soins, l'accélération du rythme de travail et les ressources restreintes, y compris les pénuries de professionnels qualifiés. Par conséquent, « 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. » (FCSII, 2012, p. 45). Généralement, les questions liées à la sécurité des patients ne découlent pas des interventions d'un seul fournisseur de soins, mais plutôt de problèmes plus importants dans les systèmes (Fagan, 2012). Les facteurs organisationnels, l'équipement, les milieux de travail et la dotation en personnel ont tous un rôle à jouer dans le maintien de la sécurité des patients. Pour mieux comprendre ces enjeux, la collecte et l'interprétation des données au niveau national (p. ex. le projet C-RSAIS) sont essentielles (Inforoute Santé Canada et AIIIC, 2015).

Les infirmières et infirmiers canadiens sont de plus en plus préoccupés par leur capacité à prodiguer des soins sécuritaires dans le système de soins de santé d'aujourd'hui. Les infirmières et infirmiers adhèrent au *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*, pour prodiguer des soins sécuritaires et éthiques, avec compassion et compétence (AIIIC, 2017). Toutefois, les infirmières et infirmiers vivent un désarroi moral amplifié découlant du travail dans des milieux inaptes à appuyer la pratique professionnelle de qualité. Le personnel infirmier a accompli beaucoup de travail pour aborder les préoccupations entourant la sécurité des patients, comme en fait foi le corpus de plus en plus important d'analyses et de recherche sur les pratiques exemplaires, ainsi que la promotion faite par l'AIIIC et la FCSII sur les milieux de pratique de qualité et la planification des ressources humaines appropriées dans le système de soins de santé. Toutefois, il reste du chemin à faire pour parvenir à cette fin (AIIIC et FCSII, 2014).

Les associations et les ordres provinciaux et territoriaux en soins infirmiers réglementent la pratique infirmière. Ils élaborent et maintiennent constamment les normes de

pratique au sein de leur territoire de compétence par l'intermédiaire de nombreux programmes, y compris l'octroi de permis d'exercice, l'établissement de mesures disciplinaires et des exigences régissant l'assurance de la qualité, souvent avec la participation d'autres professionnels de la santé et de représentants du public.

Les syndicats d'infirmières et d'infirmiers provinciaux et territoriaux ont incorporé une terminologie particulière entourant les charges de travail et la dotation sécuritaire en personnel dans leurs conventions collectives. Dans chaque province, on encourage les infirmières et infirmiers à remplir des formulaires de déclaration de la charge de travail s'ils estiment que la sécurité des patients, des clients ou des résidents est compromise, rendant ainsi difficile pour eux de respecter leurs normes de pratique professionnelles.

Le travail de l'AIC et de la FCSII pour promouvoir des milieux de pratique professionnels et de qualité est une de leurs plus importantes initiatives en matière de sécurité des patients. L'AIC est membre de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et appuie diverses initiatives d'autres groupes en lien avec la dissémination de l'information sur l'innocuité des médicaments, les bilans comparatifs des médicaments et la recherche sur des indicateurs de la qualité entre la vie professionnelle et la vie personnelle.

Pour promouvoir la dotation sécuritaire en personnel pour la sécurité des patients, l'AIC et la FCSII ont joint leurs forces pour créer une trousse d'outils en ligne.⁴

*Approuvé par le conseil d'administration de l'AIC
Juin 2019*

Remplace : La sécurité des patients (2009)

⁴ Trousse d'outils sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes de l'AIC et la FCSII : <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/outils/trousse-doutils-sur-la-dotation-securitaire>

REFERENCES

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). « Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study ». *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2017). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers autorisés*. Ottawa : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. (2014). *Milieux de pratique : optimiser les résultats pour les clients, les infirmières et infirmiers et les organisations* [énoncé de position]. Ottawa : Auteurs.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2012). *Modèles de prestation des soins infirmiers : consensus canadien sur des principes directeurs*. Ottawa : Auteur.
- Auer, C., Schwendimann, R., Koch, R., De Geest, S. et Ausserhofer, D. (2014). « How hospital leaders contribute to patient safety through the development of trust ». *Journal of Nursing Administration*, 44, 23-29. doi:10.1097/NNA.0000000000000017
- Clarke, S. P. et Aiken, L. H. (2003). « Failure to rescue ». *American Journal of Nursing*, 103(1), 42-47.
- Conseil international des infirmières. (2012). *Sécurité des patients* [prise de position]. Tiré de https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/D05_Securite_patients-Fr_0.pdf
- 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 du patient*. Tiré du site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé : http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/staffing_for_safety_policy_synth_f.pdf
- Fagan, M. J. (2012). « Techniques to improve patient safety in hospitals: What nurse administrators need to know ». *Journal of Nursing Administration*, 42, 426-430. doi:10.1097/NNA.0b013e3182664df5
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. Tiré de <https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Workload-French.pdf>
- Harris, A. et McGillis Hall, L. (2012). *Evidence to inform staff mix decision-making: A focused literature review*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Health Research & Educational Trust (March 2016). *Failure to rescue change package: 2016*. Chicago: Health Research & Educational Trust. Tiré de www.hret-hen.org.
- Inforoute Santé du Canada et Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2015). *Canadian health outcomes for better information and care: C-HOBIC phase 2*. Tiré de http://c-hobic.cna-aiic.ca/documents/pdf/Canadian-Health-Outcomes-for-Better-Information-and-Care_C-HOBIC-Phase-2_Final-Report_January-2015.pdf
- Institut canadien d'information sur la santé et Institut canadien pour la sécurité des patients. (2016). *Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens*. Tiré de https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/cihi_cpsi_hospital_harm_fr.pdf
- Institut canadien pour la sécurité des patients. (2017). *Les systèmes de déclaration et d'apprentissage*. Tiré de

<https://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patientsafetyincidentmanagementtoolkit/patientsafetymanagement/pages/reporting-and-learning-systems.aspx>

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2016). *Trousse à outils pour la sécurité des patients et la gestion des incidents : Glossaire*. Tiré de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/patientsafetyincidentmanagementtoolkit/pages/glossary.aspx#>

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2012). *L'aspect économique de la sécurité des patients dans un établissement de soins de courte durée*. Tiré de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/Research/commissionedResearch/EconomicofPatientSafety/Documents/Economics%20of%20Patient%20Safety%20-%20Acute%20Care%20-%20Final%20Report%20-%20French.pdf>

Institut canadien pour la sécurité des patients. (2011). *Lignes directrices nationales relatives à la divulgation : Parler ouvertement aux patients et aux proches*. Tiré de <http://www.patientsafetyinstitute.ca/fr/toolsresources/disclosure/Documents/CPSI%20Canadian%20Disclosure%20Guidelines%20FR.pdf>

MacPhee, M. (2014). *Valuing patient safety: Responsible workforce design*. Tiré de : http://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/Valuing%20Patient%20Safety_Responsible%20Workforce%20Design%20May%202014.pdf

McGillis-Hall, L., Doran, D. et Pink, G. H. (2004). « Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes ». *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45. doi:10.1097/00005110-200401000-00009

Merrill, K. C. (2015). « Leadership style and patient safety: Implications for nurse managers ». *Journal of Nursing Administration*, 45 (6), 319-324. doi:10.1097/NNA.0000000000000207

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R. et Harris, M. (2011). « Nurse staffing and inpatient hospital mortality ». *New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037-1045. doi:10.1056/NEJMsa1001025

Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety*. Tiré de http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf

Regan, S., Wong, C., Laschinger, H. K., Cummings, G., Leiter, M., MacPhee, M., . . . Read, E. (2017). « Starting out: Qualitative perspectives of new graduate nurses and nurse leaders on transition to practice ». *Journal of Nursing Management*, 25, 246-255. doi:10.1111/jonm.12456

Risk Analytica. (2017). *Le bien-fondé d'investir dans la sécurité des patients au Canada*. Tiré de <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Documents/The%20Case%20for%20Investing%20in%20Patient%20Safety%20FR.pdf>

Shang, J., Needleman, J., Liu, J., Larson, E. et Stone, P. W. (2019). « Nurse staffing and healthcare-associated infection, unit-level analysis ». *Journal of Nursing Administration*, 49(5), 260-265. doi:10.1097/NNA.0000000000000748
Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). « La déclaration et la divulgation des événements indésirables ». *InfoDroit*, 17(1).

Tiedeman, M. E. et Lookinland, S. (2004). « Traditional models of care delivery: What have we learned? » *Journal of Nursing Administration*, 34(6), 291-297. doi:10.1097/00005110-200406000-00008

Vogel, L. (2016). « One in 18 patients harmed in hospital ». *CMAJ News*. Tiré de <http://www.cmaj.ca/content/188/17-18/E427.full.pdf>