

S@voir inf.



Qualité des soins et sécurité des patients

Décembre 2018

Qualité des soins et sécurité des patients

En tant que membre du SIDIEF, **nous vous invitons à partager le bulletin S@voir Inf.** à votre personnel ou à vos membres ou bien simplement avec votre réseau.

Merci de citer un résumé critique comme suit :

SIDIEF – Conseil consultatif (2018). S@voir inf. – Qualité des soins et sécurité des patients. (Décembre 2018)

Titres en vedette

Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS)

État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs

Source : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). État des connaissances sur les modes d'organisation des services de soins intensifs. Rapport rédigé par Véronique Gagné et Nicolay Ferrari. Québec, Qc : INESSS; 2018. 155 p.

www.inesss.qc.ca

Résumé critique

Au Québec, chaque année, plus de 60 000 personnes parmi les plus gravement malades sont admises dans les unités de soins intensifs (USI, GRESIQ, 2013). Comme l'accessibilité à ces soins représente un défi actuel et futur important pour le système de santé au Québec, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) de produire un rapport sur l'état des connaissances des modes d'organisation de services optimaux.

Ce rapport fait état de la difficulté d'évaluer rigoureusement les services en soins intensifs pour en déterminer une organisation optimale notamment en raison du caractère limité des données sur la situation des USI, de certains écarts entre les lignes directrices et les données probantes ainsi qu'une forte variabilité des modes d'organisation d'une région, d'une province ou d'un pays à l'autre. Au Québec, la récente classification des USI adoptée par le MSSS, visant l'harmonisation des différents niveaux de soins avec celle de la plupart des autres états, devrait éventuellement, dans une certaine mesure, en faciliter la comparaison.

Qualité des soins et sécurité des patients

En dépit de ces quelques constats, l'état des connaissances présenté, inspiré du modèle de Donabedian, a permis de mettre en lumière certains éléments de la structure (niveaux de soins, capacité, gestion, modèle de prise en charge médicale, ressources humaines, ressources matérielles/technologiques) et des processus (admission, congé, processus et protocoles divers) de l'organisation des services reconnus pour favoriser une prise en charge optimale des patients aux unités de soins intensifs (USI) au Québec et des résultats de santé plus favorables.

Parmi les pistes d'amélioration identifiées, celles découlant de la revue de littérature en provenance de lignes directrices sont particulièrement d'intérêt pour la pratique infirmière. En effet, elles viennent préciser que les ressources infirmières (USI) devraient être établies en fonction de leur disponibilité, des besoins des patients et de la complexité de leur condition clinique. Comme exigence d'embauche pour les infirmières aux USI, du moins pour le niveau le plus élevé, il est fait mention d'une expertise en soins critiques et qu'elles puissent bénéficier d'un programme de formation continue afin d'assurer le maintien des compétences requises, ce qui ne semble toutefois pas la norme actuellement au Québec. Des recommandations de certains organismes sont relevées quant à la pertinence de stratégies de communication et de clarification des responsabilités et tâches attribuées au personnel médical et au personnel infirmier pour éviter les chevauchements.

Quant aux données issues de la littérature et des lignes directrices recensées portant sur le thème fort d'actualité, soit les ratios infirmières-patients, elles sont un peu plus claires. Il semble exister un consensus à l'effet que plus le nombre de patients par infirmière est faible, plus les résultats peuvent se révéler favorables pour les patients, notamment un moindre taux de mortalité. Ces résultats expliquent les raisons pour lesquelles plusieurs organismes ont publié des lignes directrices recommandant un ratio de 1 :1 dans les USI dont l'état des patients s'avère le plus critique et où les soins sont les plus complexes et de 1 :2 (voire 1 :3) dans les USI où les patients moins gravement malades demandent une plus faible intensité de soins. Quant à la gestion médico-administrative des USI, la présence d'une équipe multidisciplinaire est recommandée, mais afin d'assurer sa fonctionnalité et son efficacité, elle requiert une coordination administrative, médicale et infirmière.

Une organisation optimale assure une prise en charge collaborative des patients, un partage clair des rôles et responsabilités respectives entre les membres de l'équipe de soins, la disponibilité des ressources appropriées en quantité suffisante, la mise en application de processus et procédures clairs ainsi que l'utilisation des technologies requises. Au-delà des composantes individuelles du système de soins relevées, il semblerait pertinent de développer une stratégie globale entourant l'organisation des services en soins intensifs pour le Québec, à la manière

Qualité des soins et sécurité des patients

d'exemples organisationnels inspirants, tels que la stratégie ontarienne des soins aux malades en phase critique et le Continuum de services en traumatologie ou encore l'Intensive Care National Audit & Research Centre au Royaume-Uni (p.74-75).

Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux (INESSS)

Indicateurs de qualité pour soutenir une organisation de service optimale en soins intensifs au Québec

Source: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Indicateurs de qualité pour soutenir une organisation de service optimale en soins intensifs au Québec. Rapport rédigé par Nathalie Trudelle et Nicolay Ferrari. Québec, Qc : INESSS; 2018. 50 p.

www.inesss.qc.ca

Résumé critique

L'évaluation de la qualité des services de santé par l'utilisation des paramètres de l'expérience des patients est un sujet de controverse. En fait, les facteurs non cliniques liés aux services de santé peuvent influencer la perception de la qualité des services des patients. De plus, les patients n'ont souvent pas les connaissances requises pour évaluer la qualité technique des actes accomplis. Toutefois, l'auteure affirme qu'une meilleure compréhension des perceptions et des attentes des patients peut soutenir les établissements dans l'adaptation des approches susceptibles d'améliorer l'expérience des patients.

Afin de susciter chez les travailleurs de la santé un changement qui tient compte de l'importance de l'expérience des patients, une formation spécialement conçue à cet effet a été élaborée et testée. Cette formation est basée sur un paradigme de « création de valeur » pour le patient. On présente d'abord les attentes et les perceptions des patients. Ensuite, on élabore différentes stratégies basées sur les cadres de référence définissant des services de qualité. Les participants sont appelés à se mettre à la place des patients afin de mieux comprendre leurs vécus. Ils sont ensuite invités, par des exercices, à reconnaître les manquements ainsi que les éléments qui faciliteraient l'humanisation des services en suggérant, par exemple, des approches qui favorisent un lien émotif positif avec le patient.

L'auteure précise que la méthode d'enseignement est importante pour susciter de réels changements chez les participants. Selon elle, ce type de formation doit être donné de manière interactive, en personne, en utilisant entre autres des jeux de rôles pour permettre aux participants d'intégrer les apprentissages dans l'action. Elle

Qualité des soins et sécurité des patients

insiste sur le fait que cette formation n'est pas adaptée à l'apprentissage en ligne. Sur une période de sept ans, cette formation a été donnée plus de 60 fois à plus de 1 400 participants qui l'ont jugée comme positive et motivante.

Cet article est d'intérêt pour les soins infirmiers, car il expose une stratégie concrète pour améliorer l'expérience des patients par l'éducation ciblée des intervenants. Beaucoup d'attention a été accordée à la qualité des soins infirmiers dans le passé. L'intérêt pour l'expérience vécue par nos patients est plus récent. Tous conviennent que des soins de qualité constituent l'assise d'une expérience positive pour les patients. Un patient qui doit faire face à des complications ou à un événement indésirable pourra difficilement avoir une expérience très positive. Toutefois, nous constatons que malgré la grande qualité de soins offerts dans certains secteurs, les patients nous rapportent des expériences négatives. La qualité des services est requise, mais n'est pas suffisante pour créer une expérience positive pour les patients. Afin de mieux satisfaire nos clientèles, il importe donc de mieux comprendre leurs attentes et leurs perceptions pour créer des expériences de soins positives. La stratégie présentée ici est une solution intéressante pour mobiliser les infirmières en ce sens.

Critical Care Medicine

Patient outcomes after the introduction of statewide ICU nurse staffing regulations

Source: Law, AC., Stevens, JP., Hohmann, S., Walkey, AJ. (2018). Patient outcomes after the introduction of statewide ICU nurse staffing regulations. *Critical care medicine*, 46(10),1563-1569.

www.journals.lww.com

Résumé critique

La détermination de ratios infirmières-patients minimum afin d'assurer des soins sécuritaires a fait l'objet d'une attention spéciale au cours des dernières années au sein de la profession infirmière et de sa communauté scientifique. L'étude par Law et al. s'inscrit dans ce mouvement. Ces chercheurs ont étudié la relation entre l'entrée en vigueur d'une loi au Massachusetts en 2016 imposant des ratios minimum dans les unités de soins intensifs (USI) et la mortalité et la morbidité des patients. Ces auteurs ont utilisé un devis de type rétrospectif observationnel. Le ratio maximum était de deux patients par infirmière et ce ratio devait être déterminé à l'aide d'un outil de mesure d'acuité reconnu. Les auteurs rapportent, suite à cette étude, que l'adoption de cette loi n'a pas apporté une amélioration significative des ratios

Qualité des soins et sécurité des patients

infirmières-patients dans les secteurs de soins intensifs. De plus, aucun changement n'a été observé au niveau des taux de mortalité et de morbidité.

Plus spécifiquement, la dotation en personnel infirmier s'est améliorée de manière similaire au Massachusetts (ratio initial infirmières-patients de $1,38 \pm 0,16$ à $1,28 \pm 0,15$ après l'introduction de la législation) lorsque comparé aux autres états américains (ratio initial de $1,35 \pm 0,19$ à $1,31 \pm 0,17$ après l'introduction de la législation). D'un point de vue statistique, l'amélioration des ratios observée au Massachusetts ne fut pas supérieure à celle observée dans les autres états au cours de la même période. De plus, la législation en matière de dotation en personnel infirmier aux unités de soins intensifs n'est pas associée à des variations de la mortalité hospitalière (taux de mortalité standardisé de $1,20 \pm 0,04$ avant la loi, $1,15 \pm 0,04$ après).

Les auteurs proposent plusieurs hypothèses pour expliquer les résultats observés. L'une de ces hypothèses est la possibilité que la dotation en personnel infirmier était potentiellement adéquate avant même l'introduction de la législation. Une deuxième hypothèse avancée est le fait qu'une certaine marge de manœuvre était laissée aux hôpitaux dans le choix de l'outil d'acuité à utiliser pour déterminer les ratios infirmiers. Ces hypothèses proposées par les chercheurs pour expliquer les résultats démontrent toutes les difficultés associées à ce type de recherche. Le devis utilisé est, la plupart du temps, de type observationnel. Les chercheurs ne peuvent pas contrôler l'intervention, pour cette étude, l'ajustement du ratio infirmières-patients à l'aide d'un outil d'acuité et de ratio minimum. Chaque milieu pouvait utiliser un outil différent en fonction d'un contexte local. Ce manque de contrôle sur l'intervention rend difficile la démonstration hors de tout doute d'une relation de cause à effet.

Malgré ces difficultés, cette étude mérite qu'on s'y attarde en raison des conclusions que l'on peut quand même tirer. Par exemple, l'introduction de ratios infirmières-patients minimum en tant qu'intervention isolée n'est probablement pas suffisante pour observer un impact significatif sur les résultats de soins. La détermination du ratio optimal est complexe et doit tenir compte d'une combinaison de facteurs dont les besoins en soins infirmiers (niveau de gravité et de dépendance), la compétence des infirmières présentes et la disponibilité de personnel auxiliaire en soutien à l'équipe d'infirmières. L'introduction de ratios infirmières-patients, dans ce contexte, doit être vue pour ce qu'elle est, soit le minimum requis pour assurer une certaine sécurité des soins. Cependant, cette sécurité des soins ne pourra être assurée sans considérer ces autres facteurs.

Qualité des soins et sécurité des patients

International Journal of Nursing Studies

Patient-centered care, nurse work environment and implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals: A cross-sectional multi-center study

Source: Bachnick, A., Ausserhofer, D., Baernholdt, M., Simon, M. (2017). Patient-centered care, nurse work environment and implicit rationing of nursing care in Swiss acute care hospitals: A cross-sectional multi-center study. *International journal of nursing studies*, 81, 98-106.

www.doi.org

Résumé critique

Cette recherche s'inscrit dans l'étude transversale multicentrique [Match^{RN}](#) à laquelle 123 unités cliniques réparties dans 23 hôpitaux participent sur une base volontaire. L'étude inclut des données recueillies en 2010¹, 2015 et 2017. En 2015, 2073 patients et 1810 infirmières ont répondu à leur questionnaire, ce qui correspond à des taux de réponse respectivement de 72 % et 78 %.

Concernant les résultats, les patients considèrent recevoir un niveau élevé de soins dans cette approche. Ainsi, 91% des patients comprennent facilement les informations, 82% jugent que les soins sont adaptés à leur situation, et 70% se sentent impliqués dans les prises de décisions quant aux traitements et aux soins.

En outre, cette étude relève qu'une plus haute adéquation des ressources et de la dotation infirmière est associée fortement avec des niveaux plus élevés de soins centrés sur le patient. Le leadership quant à lui est associé avec la perception de recevoir des soins et un traitement adapté, ainsi que la perception de recevoir des informations suffisantes. Pour terminer, des niveaux plus élevés de rationnement implicite des soins infirmiers sont associés à des niveaux plus bas de soins centrés sur le patient.

Cette recherche est la première en Suisse à évaluer la perception des patients quant aux soins centrés sur eux-mêmes, son association avec l'environnement de travail des soins infirmiers et le rationnement implicite des soins infirmiers perçu par les infirmières. Elle inclut un grand échantillon de répondants et les taux de participation y sont conséquents. Les résultats présentés sont comparables aux quelques études réalisées dans le domaine.

Le système de santé Suisse offre un ratio infirmières-patients élevé à comparer des autres pays européens. L'expérience des patients en matière de soins y est évaluée très positivement. Malgré tout, le rationnement implicite des soins y est associé avec des niveaux plus bas de soins centrés sur le patient.

Qualité des soins et sécurité des patients

Cette recherche s'inscrit dans la continuité d'enquêtes infirmières qui contribuent au développement des connaissances disciplinaires quant aux associations entre les dotations infirmières, les processus de soins et les résultats aux patients. Pour rappel, l'étude européenne [RN4CAST](#) avait présenté, entre autres, une association entre le niveau de formation des infirmières, le ratio infirmières-patients et le taux de mortalité hospitalière. Selon Linda Aiken, « les résultats de RN4CAST suggèrent que la présomption selon laquelle le personnel infirmier peut être réduit pour économiser de l'argent sans en affecter négativement les résultats des patients est au mieux insensé, au pire fatale »² [traduction libre] (Aiken, s.d.). La recherche de Bachnick et al. (2018) ne vient pas contredire cette citation.

¹ Données recueillies à travers l'étude européenne RN4CAST.

² Aiken, A. (s.d.). RN4CAST Home. Repéré à <http://www.rn4cast.eu>.

Liens vers les articles suggérés :

Ringwalt, C., Sanford, C., Dasgupta, N., Alexandridis, A., McCort, A., Proescholdbell, S., Sachdeva, N., Mack, K. (2018). Community Readiness to Prevent Opioid Overdose. *Health promotion practice*, 19(5), 747-755.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29400083>

Ray-Barruel, G., Ullman, AJ., Rickard CM., Cooke M. (2018). Clinical audits to improve critical care: Part 2: Analyse, benchmark and feedback. *Australian Critical Care*, 31 (2), 106-109.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731417300292?via%3Dihub>

Schwendimann, R., Blatter C., Dhaini, S., Simon M., Ausserhofer, D. (2018). The occurrence, types, consequences and preventability of in-hospital adverse events – a scoping review. *BMC Health Services Research*, 18: 521.

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3335-z>

Minvielle, E., Gallopel-Morvan, K., Januel JM., Waelli, M. (2018). Manager une organisation de santé, l'apport des sciences de la gestion. Éditions Presses de l'EHESP. 204 pages.

<https://www.presses.ehesp.fr/produit/manager-organisation-de-sante>

Note éditoriale

Selon la politique éditoriale du SIDIIEF le terme « infirmière » est utilisé à la seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmières que les infirmiers.

Qualité des soins et sécurité des patients

Membres du conseil

SOUS LA PRÉSIDENCE DE :

Alain Biron, infirmier, Ph. D.

Directeur adjoint, Direction des soins infirmiers, Centre universitaire de santé McGill
Professeur adjoint, École de sciences infirmières Ingram de l'Université McGill
QUÉBEC, CANADA

EUROPE :

Joachim RAPIN, infirmier, M. Sc.

Adjoint à la direction des soins,
président de la Commission performance des
soins, Centre hospitalier universitaire vaudois
SUISSE

Olivier Thonon, infirmier, Ph. D.

Chef de service, Département infirmier,
Centre hospitalier universitaire de Liège
BELGIQUE

QUÉBEC, CANADA :

Brigitte MARTEL, infirmière, M. Sc. Inf.

Directrice des soins infirmiers,
Centre hospitalier universitaire de Québec
QUÉBEC, CANADA

Janique BEAUCHAMP, infirmière, M. Sc. (éd.),
Ph. D. (scolarité)

Conseillère cadre clinicienne en soins
infirmiers Santé mentale et dépendance –
Direction des soins infirmiers, Centre
intégré universitaire de santé et de
services sociaux de
l'Est-de-l'Île-de-Montréal

REPRÉSENTANTS DU CONSEIL :

Jean-Marie JANUEL, infirmier, Ph. D.

Professeur et titulaire de la Chaire
d'excellence en management de la santé,
Université Sorbonne-Paris-Cité / École des
hautes études en santé publique
FRANCE

Miguel LARDENNOIS, infirmier, DEA Santé
publique

Chef de cellule – Stratégie des
professions de Santé, Service public
fédéral – Santé publique
BELGIQUE