

S@voir inf.

Qualité des soins et sécurité des patients



SIDIEF

Qualité des soins et sécurité des patients

ÉDITORIAL

Dans un récent éditorial intitulé *Nursing must acknowledge and address systemic problems which lead to poor care*¹, les auteurs Ian Norman et Peter Griffiths font un vibrant appel à la profession infirmière afin qu'elle reconnaisse et intervienne sur les causes systémiques de la dégradation rapide de la qualité des soins observée au cours des dernières années. Ils se questionnent même à savoir si la dégradation rapide de la qualité des soins serait devenue la nouvelle norme. La profession a évolué au cours des dernières années vers des rôles de plus en plus spécialisés comme par exemple, le développement des rôles de pratiques infirmières avancées. Ainsi la profession se serait-elle désintéressée de l'encadrement et la supervision clinique des soins de base dispensés aux patients et leur famille. Le manque de personnel est aussi une raison fréquemment évoquée pour justifier cette situation. Par ailleurs, de nombreuses études ont démontré que les infirmières ayant un niveau de formation universitaire ont un impact direct sur la qualité des soins et la sécurité des patients, sans oublier une très grande satisfaction des patients face aux soins reçus.

Cet éditorial a particulièrement interpellé les membres du conseil consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Nous avons donc choisi, dans ce **S@voir Inf.**, de vous présenter un tour d'horizon d'acteurs qui ont remis en question plusieurs des causes systémiques décrites par Norman and Griffiths. Parmi les causes présentées dans ces articles, notons l'organisation même du système de santé qui est encore très hospitalo-centriste ou encore des éléments plus structureaux tels que l'impact de la présence des aides-soignantes (infirmières auxiliaires) sur la sécurité des soins. D'autres articles font appel à différents leviers comme le leadership infirmier pour être en mesure d'agir sur ces causes. L'article de Ducharme, qui est un résumé de la conférence présentée lors du dernier congrès du SIDIEF à Bordeaux (2018), en est un exemple éloquent.

Qualité des soins et sécurité des patients

Finalement, il faut, à travers cette remise en question et ces changements, ne pas perdre de vue l'essence même de la profession basée sur la relation privilégiée que nous avons avec les patients et qui est teintée de compassion. Le caring ou l'humanisation des soins à travers le temps et les enjeux systémiques peut parfois être difficile. Le risque qu'une certaine fatigue s'installe est bien présent. Un article porte sur ce phénomène que les auteurs appellent la fatigue de compassion. Les travaux de ces auteurs nous aident à mieux définir ce phénomène, un prérequis nécessaire pour intervenir efficacement.

- **Alain Biron** infirmier, Ph. D.

*Présidente du conseil consultatif sur la qualité des soins et sécurité des patients du SIDIIEF
Directeur adjoint, Direction des soins infirmiers, Centre universitaire de santé McGill Professeur
adjoint, École de sciences infirmières Ingram de l'Université McGill
(Québec, Canada)*

¹Norman, I. et Griffiths, P. (2018). "Nursing must acknowledge and address systemic problems which lead to poor care". International Journal of Nursing Studies
<https://www.sciencedirect.com>

Qualité des soins et sécurité des patients

Refonte du système de santé : vers une indispensable culture de l'efficacité

Source : The Conversation – <https://theconversation.com>

Résumé critique

L'article fait suite à la diffusion du plan national de transformation du système de santé « Ma santé 2022 » par le Président de la République française en septembre 2018.

Bien que l'auteur reconnaisse les améliorations observées dans le système de santé au cours du dernier siècle, telles l'augmentation de l'espérance de vie et la diminution marquée de la mortalité infantile, un regard est porté sur les principaux défis relatifs à l'efficacité des systèmes de santé, notamment au regard de perspectives en termes de mieux contenir l'augmentation croissante observée de la part des dépenses de santé dans le PIB et aussi des dépenses de santé jugées inutiles, estimées à 20 % selon un rapport de l'OCDE.

Dans ce contexte où les maladies chroniques sont prévalentes et où l'un des grands défis structurels demeure la transition d'un système hospitalo-centré à un système organisé autour du parcours de soins/de l'épisode de soins, l'auteur propose une approche globale d'évaluation de la performance, qui prend en compte notamment la complexité des systèmes de santé et la nécessité de développer des approches fondamentalement interdisciplinaires. Il confirme l'importance du critère d'efficience des soins qui tient compte en particulier de l'interdépendance entre l'efficacité, la sécurité et le coût des soins et du choix d'indicateurs de résultats. En conclusion, à l'heure où les choix stratégiques les plus pertinents commandent une réelle culture de l'efficacité, l'auteur met la question de l'adhésion des professionnels de la santé et de leur rôle dans la performance des systèmes de santé au cœur de la discussion.

L'auteur décrit bien les principaux enjeux actuels et futurs du système de santé français auxquels il peine à répondre tels le vieillissement de la population, les dépenses croissantes, la prévalence des conditions chroniques et un fonctionnement coûteux, encore trop hospitalo-centré. Afin que le système s'adapte plus efficacement aux besoins évolutifs des populations, M. Januel préconise avec pertinence une approche globale pour mieux répondre à la question de l'efficience. En conséquence, l'auteur propose de passer du modèle de la linéarité d'évaluation de l'efficience à celui de la complexité dans les choix

Qualité des soins et sécurité des patients

stratégiques à faire sans oublier l'amélioration attendue du système de santé. Ceci est très intéressant au niveau conceptuel, mais que doit-on penser de sa faisabilité qui exige d'abord un leadership politique fort pour une offre de soins de qualité ? Il exige également la mesure des résultats de santé et de coûts tout au long du parcours de soins. Ceci nous amène à revoir de façon significative nos méthodes d'évaluation en s'attardant davantage à l'amélioration de l'épisode de soins de la personne soignée, à sa mesure fiable en convenant et en documentant des indicateurs qui reflètent sa valeur par l'intégration, la sécurité des soins et les préférences du patient. Bien que cette façon de faire ait été adoptée par les Anglais depuis plus d'une décennie, elle requiert d'aller au-delà de l'obligation de moyens. Il faut instaurer une plus grande transparence au sein des organisations et envers la population quant aux résultats de qualité des soins offerts. Ce défi est inspirant, car il invite tous les leaders en soins à se concerter et à convenir du futur en matière de valeur et de mesure de soins pour la transformation attendue du système et l'amélioration de l'état de santé des populations. Les infirmières et infirmiers sont les mieux placé(e)s pour prendre le leadership d'une telle initiative requise pour le bien pour tous. Nous y sommes donc conviés.

Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study

Source : British Medical Journal Quality and Safety – <https://qualitysafety.bmj.com>

Résumé critique

Dans de nombreux pays, les hôpitaux font face à des difficultés à avoir des équipes infirmières suffisantes (par manque de ressources infirmières ou par choix financiers) au regard des normes établies par les autorités et/ou des besoins requis par les patients. En Grande-Bretagne, d'où proviennent ces chercheurs et où la situation est particulièrement aigüe ces dernières années, de nombreux hôpitaux, y compris les hôpitaux publics (NHS), ont choisi d'engager des « assistants-infirmiers » (profession non réglementée dans ce pays) afin « d'avoir tout de même assez de mains » pour s'occuper des patients. Cette tendance à vouloir répondre à des problèmes d'attractivité et de rétention d'infirmiers par une autre catégorie de professionnel, moins formée, est régulièrement remise en question, notamment sur le fait qu'il y a probablement un impact sur la qualité de soins. Cette équipe

Qualité des soins et sécurité des patients

de chercheurs a voulu mesurer quels étaient les impacts, en termes de mortalité, des variations de répartition « infirmiers vs assistants infirmiers » au sein des équipes soignantes dans un grand hôpital public anglais.

En 2014, suite à des scandales répétés d'absence de soins dans les hôpitaux publics anglais, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) avait été chargé par les autorités de santé publique anglaise de déterminer quels ratios infirmiers ou d'équipes soignantes étaient sécuritaires. Il est vrai que des études précédentes ont montré l'impact sur la mortalité des patients d'un faible taux d'infirmiers, ou d'un surplus de patients par infirmier, ou d'une proportion insuffisante d'infirmiers bacheliers par rapport à des infirmiers moins qualifiés... mais selon les auteurs aucune étude ne s'était encore penchée sur la variable « assistants infirmiers ». Or pour déterminer des ratios infirmiers diminuant le taux de mortalité il serait aussi intéressant de savoir si les personnes qui travaillent avec les infirmiers (et ce genre d'aide/assistant existe dans tous les pays du monde) ont également un impact sur cette mortalité et dans quelle mesure. C'est l'objet de cette étude observationnelle longitudinale qui s'est déroulée de 2012 à 2015 dans un grand hôpital public anglais comportant 32 unités de soins de médecine interne et de chirurgie générale.

De nombreuses données ont été intégrées dans cette étude. D'une part les caractéristiques des équipes soignantes (diplômes, qualifications, ancienneté, horaires de travail, etc.) durant plus de 538 000 périodes de travail en équipe. Et d'autre part, pour chacune des périodes de travail, les données de santé de près de 149 000 patients présents au moins 8 h dans les unités de soins, telles que leurs caractéristiques démographiques (âge, sexe, etc.), leurs raisons d'admission, diagnostics, traitements et complications. On a bien sûr également enregistré les décès en cours d'hospitalisation et leurs causes, ainsi que les décès dans les 30 jours suivant l'admission.

Le service de santé public anglais (NHS) dispose de bases de données médicales impressionnantes sur les patients qui s'y font soigner. Ces deux outils (le Summary Hospital Mortality Indicator - SHMI et le National Early Warning Score - NEWS) ont été très utiles pour l'équipe de recherche, puisqu'une fois connu le risque de mortalité théorique/statistique de chaque patient sur base de ses propres caractéristiques, il est alors possible d'étudier sur base de quelles autres caractéristiques (environnement, équipe soignante, etc.) la mortalité a été plus ou moins importante que celle prédite.

Les présences d'infirmiers et d'assistants ont été mesurées en « heure par patient par professionnel (infirmier ou assistant) ». Il s'agit d'une méthode où l'on divise le

Qualité des soins et sécurité des patients

nombre d'heures de temps de travail des professionnels présents par le nombre de patients à soigner, et où l'on calcule ensuite des moyennes par jour et par unité de soins.

79% des patients sont admis dans l'hôpital via le service des urgences, la moyenne d'âge était de 67 ans (dont 14% de plus de 85 ans), 35% avaient un risque élevé de mortalité, et 4,1% sont effectivement décédés.

La présence par jour auprès des patients était en moyenne de 4.75 heures infirmières et de 2.99 heures d'assistants infirmiers. La répartition entre infirmiers et assistants était en moyenne de 61% d'infirmiers. Il y avait toutefois de très grandes variabilités en fonction des unités de soins.

Pour chaque jour que le patient passe dans une unité de soins qui a une moyenne inférieure à l'habitude d'heures de présence infirmière, son risque de mortalité augmente de 3% alors qu'en présence d'assistants-infirmiers, son risque de mortalité augmente de 4%.

Pendant les 5 premiers jours d'hospitalisation, chaque heure au-delà de la moyenne par jour de présence infirmière auprès du patient a pour effet une diminution de 3% de son risque de mortalité. Par contre, augmenter le nombre d'heures de présence d'assistants durant ces 5 premiers jours n'a pas d'effet.

Par ailleurs, et c'est tout l'intérêt de l'analyse longitudinale illustrée dans cette étude, pour chaque jour que le patient passe dans une unité de soins qui a une moyenne supérieure à l'habitude d'heures de présence d'assistants-infirmiers, son risque de mortalité augmente de manière exponentielle au cours des jours.

Diminuer le nombre de soignants auprès du patient, qu'ils soient infirmiers ou assistants-infirmiers, augmente son risque de mortalité. Augmenter le nombre d'infirmiers diminue ce risque de mortalité. Augmenter le nombre d'assistants-infirmiers augmente ce risque de mortalité.

L'intérêt de ce type d'étude pour les infirmiers (qu'ils soient gestionnaires ou leaders de la profession) est de confirmer des données déjà connues sur l'impact du nombre d'infirmiers présents sur la mortalité des patients, mais également de montrer que les assistants-infirmiers contribuent aussi à la sécurité des soins. Toutefois, cette étude montre également qu'augmenter ce nombre d'assistants au-dessus de la moyenne actuelle augmente exponentiellement la mortalité au cours des jours.

Il serait souhaitable de reproduire cette étude à plus large échelle, avec plusieurs hôpitaux, et dans d'autres pays possédant d'autres réglementations. Car,

Qualité des soins et sécurité des patients

contrairement à l'Angleterre, dans nos pays francophones les professions d'aide ou d'assistance infirmière sont en général règlementées (avec par exemple un minimum de formation obligatoire et une définition claire des rôles). Il serait intéressant de vérifier si les résultats anglais sont transposables chez nous et si une formation et une réglementation de ces professionnels permettent de meilleurs résultats qu'en Angleterre.

Vers un leadership politique des infirmières, ou comment changer les choses

Ducharme, F.

Source : Perspective infirmière, OIIQ, novembre-décembre 2018 – <https://www.oiiq.org>

Résumé critique

Dans un premier temps, lorsqu'il s'agit de savoir si les infirmières exercent un tel leadership, cette auteure répond par la négative. Elle l'explique par nos valeurs traditionnelles, le développement récent de la discipline infirmière, la sous-estimation de notre pouvoir, et ce malgré le soutien de la population lorsque les infirmières prennent la parole.

Sur cette base, Ducharme (2018) rappelle l'importance du leadership politique, ainsi que du potentiel des infirmières à l'exercer à des niveaux différents et pour des enjeux variés : p.ex. réduction des inégalités en santé, organisation des soins et conditions de pratique des infirmières.

Dans un deuxième temps, cette auteure présente trois avenues où les infirmières pourraient développer cette capacité : le transfert des connaissances issues de la recherche, la formation, l'entretien et le développement d'un réseau d'influence.

Pour le transfert des résultats de recherche vers les décideurs, il nécessite des habiletés de communication. En outre, Ducharme (2018) suggère une approche pragmatique et priorisée sur des sujets porteurs : résultats de recherche controversés, manquants ou qui nécessitent une prise de position urgente.

Pour la formation, cette auteure rappelle l'importance de former les infirmières à agir dans des systèmes de santé complexes. Pour le développement de la compétence de leadership politique, il s'agit de : comprendre les processus

Qualité des soins et sécurité des patients

politiques et les systèmes dynamiques où ils sont mis en œuvre, développer une proactivité et une collaboration interdisciplinaire.

Finalement, Ducharme (2018) propose de cultiver des réseaux d'influence. Elle donne de nombreux exemples concrets de réalisation à l'échelon local, national ou international et des pistes de développements futurs.

L'augmentation des coûts de santé dans un contexte de ressources limitées met sous tension nos systèmes de santé. Comment prioriser et justifier l'allocation de ces ressources pour répondre efficacement aux besoins de la population ? Dans ces systèmes complexes, les réseaux d'intérêts sont multiples et parfois paradoxaux. Des parties prenantes allouent des sommes considérables pour influencer les décideurs.

Ducharme (2018) nous rappelle l'importance de cette activité politique auprès des décideurs pour l'amélioration des conditions des patients et des infirmières. Il est essentiel de rappeler que si les infirmières ne réalisent pas ces démarches, d'autres s'en occuperont pour elles ou pas. Cette situation a le potentiel de rendre inaudibles nos expériences reliées aux patients.

Les exemples et avenues présentés par Ducharme (2018) montrent que les infirmières ne sont pas en reste quant aux actions politiques et que des stratégies existent. Toutefois, nous pouvons encore les développer, et ce, proactivement.

Il existe un corpus de littérature issus des disciplines de sciences politiques auxquels nous pouvons référer et des infirmières ont développé une expertise dans ces domaines. Les interactions entre les infirmières et les décideurs y sont des processus centraux (p.ex. dans la priorisation ou la coproduction de connaissances). Elles peuvent être réalisées par des réponses rapides, de hautes qualités scientifiques et pertinentes, à des enjeux sociétaux contemporains qui nécessitent des décisions prioritaires. En outre, les décideurs sont influencés par les médias sociaux, et bien qu'ils puissent inquiéter ou présenter des dérives, ces outils sont des intermédiaires pour communiquer l'expérience professionnelle et développer des interconnexions entre nous, ainsi que les décideurs.

Qualité des soins et sécurité des patients

Compassion Fatigue in Palliative Care Nursing

Cross, Lisa A.

Source : Journal of Hospice and Palliative Nursing – <https://journals.lww.com>

Résumé critique

Prodiguer des soins infirmiers dans le contexte de soins palliatifs est exigeant, car les infirmières côtoient de façon continue des patients souffrants accompagnés de leurs familles. Le concept de fatigue de compassion est souvent utilisé pour décrire la détresse vécue par les infirmières dans ce contexte de travail. La fatigue de compassion est complexe et ses conséquences touchent les infirmières, les organisations et les patients. L'objectif de cet article est d'analyser le concept de fatigue de compassion dans le contexte des soins palliatifs, d'en faciliter la reconnaissance des signes et, du même coup, prévenir son apparition.

Les auteurs ont d'abord précisé la définition retenue des soins palliatifs qui est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé. Les soins palliatifs «regroupent les approches améliorant la qualité de la vie des patients et de leur famille qui font face à un problème de santé qui menace leur survie» (traduction libre). La cible du soin étant l'accompagnement, les infirmières sont témoins de la souffrance des patients et de leurs familles à de multiples niveaux qui touchent les aspects physiques, psychologiques, sociaux, émotionnels et spirituels.

L'analyse du concept a été réalisée en utilisant la méthode de Walker et Avant suivant une recherche sur les bases de données qui a permis d'identifier 71 articles. Les auteurs décrivent l'usage du concept, ses attributs principaux ainsi que des exemples de cas cliniques pour circonscrire le concept. Les conséquences, les antécédents aux concepts et les autres référents empiriques sont exposés afin de finalement proposer une définition du concept.

«La fatigue de compassion dans le contexte des soins palliatifs est un état où l'exposition prolongée à la souffrance résulte en une perte de compassion et d'empathie. Ce concept a comme attributs principaux: le déséquilibre d'empathie, la diminution de la performance de l'infirmière, l'augmentation des problèmes physiques, une incapacité à partager leur vécu avec leurs proches et un jugement altéré. Si cet état n'est pas traité, il peut en résulter un désintérêt, une détresse morale, et de l'épuisement.» (Traduction libre)

Cet article nous rappelle l'importance de s'intéresser au contexte de travail des infirmières qui peut être déterminant pour maintenir et améliorer la qualité des

Qualité des soins et sécurité des patients

services. S'il n'est pas possible d'empêcher l'infirmière d'être en contact avec la souffrance de manière continue, il est possible de reconnaître cette situation et de mettre en place des mesures pour mitiger le risque comme des groupes de soutien. Il est aussi impératif de continuellement monitorer les premiers signes de fatigue de compassion pour limiter rapidement ses effets néfastes sur l'infirmière elle-même et sur la qualité des services qu'elle offre. En somme, il est ainsi très important, pour maintenir la qualité des soins infirmiers dans le contexte des soins palliatifs de savoir repérer et de prévenir l'apparition de fatigue de compassion.

Liens vers d'autres articles suggérés :

Interventions for preventing intensive care unit delirium in adults (Review)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30484283>

Nursing perception of risk in common nursing practice situations

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29140593>

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 :

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

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

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
QUÉBEC, CANADA

REPRÉSENTANTE DU CONSEIL :

France LAFRAMBOISE, infirmière, M.Sc., inf.,

IMHL, ASC, Fellow FORCES
Présidente de l'Ordre régional des infirmières et
infirmiers des Laurentides-Lanaudière (ORILL -
Administratrice et présidente du comité de
gouvernance de l'OIIQ
QUÉBEC, CANADA