S@voir inf.



QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Février 2020

SIDIIEF

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Éditorial

Le conseil consultatif sur la qualité des soins et la sécurité des patients vous présente la première édition de l'année 2020 du S@voir inf. Alors qu'en décembre, il était question de l'enjeu de la performance des soins, ce numéro s'intéresse à la relation entre la dotation infirmière et la sécurité des patients. Dans un premier temps, on y présente la synthèse d'une enquête nationale visant à affiner les modèles de planification des besoins en personnel soignant en tenant compte de caractéristiques liées à l'environnement de travail, le nombre de soignants et leur niveau de formation, le recrutement, la perception de la qualité des soins, et les résultats de soins des patients. Cette synthèse est suivie de deux études portant sur le lien entre la dotation infirmière et la sécurité des patients, qui explorent plus spécifiquement la relation entre la mortalité et l'utilisation de personnel temporaire, le niveau de dotation, et le niveau formation. Pour ce faire, les études s'appuient sur des données clinico-administratives qui sont appelées à jouer un rôle de plus en plus grand au sein des systèmes de santé. Dès lors, il est important que les directions de soins infirmiers comprennent le potentiel de ces données et les utilisent afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Cet enjeu majeur pour les années à venir fait l'objet de la quatrième publication. Finalement, la dernière publication dans ce numéro porte sur les compétences des gestionnaires en soins infirmiers. Ces derniers constituent certainement l'un des piliers dans l'utilisation des données de santé pour assurer des services de qualité.

L'année internationale de l'infirmière et de la sage-femme est l'occasion parfaite pour continuer le projet d'améliorer la dotation infirmière au sein de l'espace francophone. Les preuves scientifiques accumulées à ce jour démontrent de manière indéniable qu'une main d'œuvre infirmière bien formée et en nombre suffisant se traduit par des soins plus sécuritaires et de meilleure qualité. Le SIDIIEF, offrant une plateforme unique pour créer une synergie entre les acteurs et chercheurs infirmiers, peut assurément contribuer à soutenir l'atteinte de cet objectif.

Bonne lecture,



Alain Biron infirmier, Ph. D.

Président 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 des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill (Québec,Canada)

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Données de santé, quelle valeur pour les établissements de soin ?

Source : Healthcare Data Institute. (2019). Données de santé, quelle valeur pour les établissements de soin? Paris : l'Institut. https://healthcaredatainstitute.com/wp-content/uploads/2019/11/positionpapervf-compressed-1.pdf

Résumé critique

Le Healthcare Data Institute est une association sans but lucratif qui a pour mandat d'animer une réflexion sur les enjeux de l'exploitation des données en santé. Leur plus récent « position paper » vise à identifier le potentiel bénéfique associé à l'utilisation pertinente des données disponibles pour améliorer les soins de santé. Plusieurs exemples d'initiatives porteuses sont décrits. Il énonce également les défis de cette utilisation optimale.

Parmi les exemples bénéfiques cités, on note la création de registres cliniques dans les domaines de la chirurgie thoracique et cardiaque qui génèrent des tableaux de bord qui permettent aux cliniciens d'améliorer leur pratique. Du même coup, ces données ont une visée stratégique qui facilite la révision des services offerts afin de continuellement les adapter aux besoins de la population.

Les défis de l'utilisation optimale concernent, entre autres, la bonne compréhension des cadres réglementaires, l'enjeu du croisement entre les données des systèmes cliniques et administratifs, l'adhésion du personnel clinique ainsi que l'adhésion des patients et toute la question entourant le consentement au partage des données les concernant.

Cet ouvrage apporte un éclairage intéressant sur l'état des lieux actuels de l'utilisation des données. En fait, si le principal enjeu de la dernière décennie était d'avoir accès à des données de qualité, l'enjeu actuel se situe au niveau de l'utilisation pertinente des données qui existent. Le premier constat est que beaucoup de données sont fragmentées dans divers systèmes. Or, pour arriver à rendre signifiantes certaines données, elles doivent être mises en relation avec des données d'un autre système. Ainsi, le défi de l'intégration des systèmes est important. Plusieurs stratégies telles que des logiciels d'interopérabilité de systèmes existent, mais elles exigent une standardisation des échanges d'information qui n'est pas nécessairement simple à mettre en place.

Les auteurs de l'ouvrage ont également abordé un enjeu extrêmement important qui concerne le temps requis par le personnel clinique pour la saisie des données dans les divers systèmes. Les auteurs recommandent à cet effet d'impliquer le personnel concerné afin d'améliorer les méthodes de collecte des données. Leur implication doit aussi clarifier en quoi le temps investi permet un retour d'informations systémiques pertinentes qui amélioreront leurs pratiques. En fait, il importe de garder de bonnes proportions entre le temps requis pour les collectes de données informatiques et le temps alloué aux soins directs afin de garder le personnel clinique engagé et faciliter l'entrée de données de qualité dans les systèmes.

Finalement, les auteurs recommandent d'engager sans tarder les patients dans ces initiatives. En fait, des patients pourraient percevoir l'utilisation des données à plus large échelle comme une entorse aux obligations de confidentialité de nos services de santé. Il importe ainsi de les impliquer afin qu'ils soient bien informés des modes d'utilisation des données qui ont le potentiel d'améliorer les services de santé.

En sommes, si une meilleure exploitation des données incluses dans nos systèmes a le potentiel d'améliorer les soins actuels et de mieux planifier les soins de l'avenir, beaucoup d'efforts sont encore à faire pour arriver à des résultats concrets à large échelle.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study

Source : Haegdorens, F., P. Van Bogaert, K. De Messter, et K. Monsieurs. (2019). « The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study ». BMC Health Services Research. https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4688-7

Résumé critique

Cette étude, réalisée par Haegdorens et al. en Belgique, viens ajouter au champs de connaissance sur le lien entre la dotation infirmière et la mortalité hospitalière. L'objectif était d'explorer la relation entre les niveaux de dotation en personnel infirmier et la mortalité des patients au sein d'unités de médecine et de chirurgie, en tenant compte du niveau de formation des infirmières, de la composition de l'équipe, de l'âge du patient et de la comorbidité en utilisant un devis observationnel rétrospectif. L'échantillon était constitué de patients hospitalisés en 28 unités de soins provenant de sept hôpitaux différents.

Les chercheurs se sont intéressés plus particulièrement à la mortalité dite non-prévue, tel que suivant une réanimation cardio-respiratoire. Ce taux de mortalité non-prévue a été établi à 3,18 pour 1000 patients. Les heures travaillées par les infirmières par jour présence (HTPJP) et la proportion d'heures travaillées par des infirmières détenant un baccalauréat étaient, pour leur part, respectivement de 2,48 et 0,59. Une association négative entre les heures travaillées par des infirmières par jour présence et le taux de mortalité non-prévue lorsque ajusté en fonction de certaines variables de contrôles a été observée. La proportion d'heures d'infirmière au baccalauréat était aussi corrélée négativement avec le taux de mortalité non-prévue dans la même analyse.

Cette étude présente un certain point d'intérêt de par sa nature même. De fait, elle tient compte non-seulement des heures travaillées mais aussi du niveau d'éducation. Dans le cadre de cette étude, les heures travaillées à elles seules ne peuvent prédire la mortalité non-prévue. Cette relation devient significative seulement en tenant compte, entre autres, du niveau d'éducation. Cela démontre une fois de plus la complexité de la relation entre la dotation infirmière et la sécurité des soins. C'est en raison de cette complexité qu'il faut éviter les approches simplistes misant seulement sur les ratios infirmières / patients pour améliorer la sécurité de soins. D'autres facteurs sont probablement tout aussi important tel le niveau d'éducation.

Une des limites de ces études explorant la relation entre la dotation infirmière et la mortalité qu'elles font généralement abstraction des processus de soins sous-jacents pouvant expliquer cette relation. La clé pour une meilleure compréhension de cette relation se situe au niveau des interventions que peuvent poser les infirmières lorsque le niveau de dotation est plus adéquat. Les auteurs ont émis l'hypothèse qu'un niveau de dotation plus favorable permet une meilleure surveillance. Cette étude ne permet pas de valider cette hypothèse. D'autres hypothèses, toutes aussi plausibles, pourraient expliquer cette relation, telle que la possibilité d'intervenir rapidement lorsque la situation d'un patient se détériore. La communauté scientifique se doit de relever le défi de mieux comprendre ce chaînon manquant entre la dotation infirmière et la mortalité.

Un autre point d'intérêt de cette étude est l'identification, d'un point de vue statistique, d'un niveau d'heures travaillées par jour présence « optimal ». La moyenne des heures travaillées par des infirmières par jour présence se situe à 2,48. La moyenne optimale se situerait, toujours d'un

point de vue statistique, à 3,78. Ce résultat signifie que chaque patient devrait recevoir, en moyenne, 1,3 heure de soins par une infirmière par jour d'hospitalisation afin de diminuer le type de mortalité hospitalière observé dans cette étude. Il faut interpréter ce résultat avec une certaine prudence. Les heures infirmières travaillées varie beaucoup d'un pays à l'autre. Par exemple, en Amérique du nord, la moyenne semble être plus élevée (Griffith et al, 2019). La même relation entre la dotation infirmière et la mortalité existe malgré une dotation plus élevée. Par conséquent, le niveau de dotation requis dépendra de plusieurs autres variables tels que la nature de la population desservie et l'environnement physique pour ne nommer que ceux-là, rappelant de nouveau la complexité sous-jacente à la détermination d'une dotation adéquate. La recherche de ces réponses demeure un enjeu majeur pour notre profession. Cette étude contribue à relever ce défi.

Référence complémentaire

Griffiths, P., A. Maruotti, A.R. Saucedo, O.C. Redfern, J.E. Ball, J. Briggs, C. Dall'Ora, P. E. Schmidt, et G.B. Smith. (2019). « Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study ». BMJ quality & safety, 28(8), 609-617.

Temporary Staffing and Patient Death in Acute Care Hospitals: A Retrospective Longitudinal Study

Source : Dall'Ora, C., A. Maruotti, et P. Griffiths. (2019). « Temporary Staffing and Patient Death in Acute Care Hospitals: A Retrospective Longitudinal Study ». Journal of Nursing Scholarship.
https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jnu.12537

Résumé critique

L'objectif de cette recherche est d'explorer l'association entre la dotation d'infirmières et d'infirmières assistantes temporaires et la mortalité des patients. L'emploi de personnel temporaire présente un paradoxe. D'une part, il permet d'assurer une offre plus étoffée aux patients. D'autre part, cette offre génère des surcoûts aux systèmes de santé et pourrait générer des problématiques de sécurité aux patients (par exemple par manque de continuité des soins ou de connaissance du contexte). Ces enjeux demeurent peu étudiés.

La méthode de recherche est basée sur une étude d'observation longitudinale rétrospective utilisant les données collectées - de 2012 à 2015 - auprès de 138 133 patients hospitalisés dans un centre hospitalier universitaire d'Angleterre. Les auteurs utilisent des modèles de survie multiniveaux pour explorer l'association entre la dotation en personnel temporaire et la mortalité des patients.

Les résultats présentent un recours au personnel temporaire courant : 16.8 % des horaires ont été réalisés par des infirmières ou des infirmières assistantes temporaires. Le risque de décès pour un patient a augmenté de 12 % lorsqu'une infirmière ou une infirmière assistante temporaire assurait dès 1,5 h de soins par jour et par patient. Le risque de décès était déjà augmenté significativement dès 30 minutes de soins par jour et par patient prodigués par une infirmière assistante temporaire.

De nombreuses recherchent mettent en évidence l'association entre la dotation infirmière et la mortalité des patients. Selon ces auteurs, il s'agit seulement de la deuxième recherche qui étudie

l'association entre la dotation en personnel de soins temporaire et la mortalité des patients. Elle répond ainsi à une lacune de connaissances scientifiques sur ce phénomène.

La première étude ne trouvait pas d'association entre ces variables (Aiken et al., 2013), alors que cette étude établit une association. Cette différence de résultats pourrait s'expliquer par les modèles d'analyses statistiques utilisés. L'étude d'Aiken et al. (2013) se base sur un modèle linéaire (au niveau de l'institution), alors que celle de Dall'Ora et al. (2019) propose un modèle d'analyse multiniveaux (au niveau des patients et des unités) ce qui permet une analyse statistique plus robuste. D'ailleurs ce modèle est une force de cette étude, en particulier en tenant compte du niveau des patients. Les recherches les plus récentes proposent des modèles qui présentent les variations de la dotation par patient par 30 minutes plutôt que par patient par jour, car les patients ou la dotation en personnel peut varier d'une façon significative durant une journée (Musy et al., 2020).

Les résultats de cette recherche relèvent le bénéfice à déployer une faible dotation d'infirmières et d'infirmières assistantes temporaires. D'autant que dans l'institution sous enquête, les infirmières assistantes sont régulièrement employées en remplacement d'infirmières, et ce, dans un contexte d'une pénurie infirmière. Cette situation pourrait expliquer, en partie, l'association avec la mortalité des patients.

Pour les gestionnaires et décideurs, des pistes à explorer seraient celles qui visent à diminuer les taux d'absence et de rotation des infirmières engagées avec des contrats à durée indéterminée. Ces pistes sont décrites dans la littérature scientifique et sont à la base du programme Hôpitaux Aimants (Magnet Hospitals).

En conclusion, cette étude présente les conséquences potentielles pour les patients du manque d'infirmières et du recours au personnel de soins temporaire. Elle est une contribution originale et nécessaire à la connaissance de ce phénomène.

Références complémentaires

Aiken, L. H., J. Shang, Y. Xue, et D.M. Sloane. (2013). « Hospital use of agency-employed supplemental nurses and patient mortality and failure to rescue ». Health Services Research, 48(3), 931–948.

Musy, S. N., O. Endrich, A.B. Leichtle, P. Griffiths, C.T. Nakas, et M. Simon. (2020). « A longitudinal study on the variation of patient turnover and patient-to-nurse ratio : Descriptive analysis of a Swiss University Hospital ». Journal of Medical Internet Research.

QUALITÉ DES SOINS ET SÉCURITÉ DES PATIENTS

Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus – Synthèse

Source : Van den Heede, K., L. Bruyneel, D. Beeckmans, N. Boon, N. Bouckaert, J. Cornelis, D. Dossche, C. Van de Voorde, et W. Sermeus. (2019). « Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus – Synthèse ». KCE Reports 325Bs. Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_soins_surs_Synthese.pdf

Résumé critique

En ce début d'année proclamée année internationale des sages-femmes et du personnel infirmier par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), et un peu plus de 100 jours avant le 200ème anniversaire de la naissance de Florence Nightingale, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a publié le rapport de l'étude relative à l'analyse de la dotation infirmière dans les hôpitaux aigus belges.

Dix ans après la vaste étude européenne RN4CAST - Registered Nurse Forecasting et au vu du contexte hospitalier en pleine mutation (diminution de la durée de séjour, vieillissement des patients…), les chiffres belges de 2009 ne reflètent probablement plus la réalité ; une actualisation de la réponse à la question « La situation professionnelle des infirmiers hospitaliers belges a-t-elle évolué au cours des 10 dernières années ? » était donc nécessaire.

De plus, même si ces dernières années, en Belgique, les conditions de travail des infirmiers ont été améliorées via des accords sociaux, contrairement aux initiatives politiques et législatives mises en place dans d'autres pays européens, aucun plan stratégique formel n'a été élaboré pour réduire le nombre de patients pris en charge.

Aujourd'hui, dix ans plus tard, le KCE a réédité l'enquête de 2009 avec les mêmes objectifs que l'enquête initiale, à savoir affiner les modèles de planification des besoins en personnel soignant au moyen de facteurs supplémentaires tels que des caractéristiques liées à l'environnement de travail, au nombre de soignants et à leur niveau de formation, au recrutement, à la perception de la qualité des soins ainsi qu'aux résultats des patients (outcomes).

Les conclusions 2019 de cette enquête réalisée auprès de 5 000 infirmiers dans 84 hôpitaux présentent quelques évolutions positives comme une légère diminution du nombre de patients soignés par un seul infirmier (bien que le ratio patients/infirmier (9,4) demeure toujours trop élevé et soit supérieur aux normes internationales), de meilleures relations de travail entre les médecins et les infirmiers, ou encore une amélioration de la vision sur la qualité des soins. De nombreux patients sont exposés à un environnement pouvant être considéré comme potentiellement dangereux et la proportion des « soins infirmiers non réalisés » a fortement augmenté, ce qui semble indiquer que l'on a atteint la capacité maximale des tâches pouvant être réalisées par un infirmier en un temps imparti, dans un contexte où il continue à accomplir de nombreuses tâches ne nécessitant pas son expertise. C'est non seulement dangereux et/ou inconfortable pour le patient, mais cela contribue aussi à l'insatisfaction croissante des infirmiers (25 % d'entre eux) et impacte leur bien-être (10 % envisagent de quitter la profession).

Ce rapport démontre de façon scientifique, rigoureuse et robuste que le nombre de patients pris en charge par les infirmiers et les infirmières est bien trop élevé pour répondre aux missions infirmières. À l'issue de cette étude, le constat est clair. Une approche politique formelle s'impose, c'est une évidence et elle devra être financée. Cependant, tout ne sera pas résolu pour la cause. Même s'il n'est pas à négliger, seul l'attrait du salaire ne suffira pas ; il conviendra d'y

adjoindre un regain d'attractivité pour la profession. Afin de rendre le milieu de travail des infirmiers plus attractif et d'améliorer la sécurité des soins, le rapport se clôture par la publication d'une série de recommandations visant à augmenter quantitativement et qualitativement la dotation infirmière dans les hôpitaux et d'engager du personnel de soutien pour assurer les tâches qui ne sont pas du ressort des infirmiers [...] ou autrement dit, comment supprimer les situations manifestement peu sûres (ce qui constitue le minimum absolu de ce qui doit être entrepris) et établir des ratios de sécurité endéans les 5 ans, accompagnés d'un investissement dans le leadership, d'une participation de la direction du département infirmier à la gestion de l'hôpital, de bonnes relations avec les médecins et d'une bonne qualité des soins, faute de quoi la sécurité des patients et l'attrait de la profession infirmière en feront les frais.

Standards de pratique et compétences : guide à l'intention des infirmières œuvrant en gestion des soins infirmiers au Québec

Source : Brousseau, S. (2019). Standards de pratique et compétences : guide à l'intention des infirmières œuvrant en gestion des soins infirmiers au Québec. Montréal (Québec) : Éditions JFD.

Résumé critique

Ce livre, publié récemment en français, porte sur les standards de pratique et de compétences propres à la profession infirmière en gestion. Il constitue une traduction et une adaptation du guide américain Nursing administration : Scope and standards of practice (2016). Il décrit le « qui, quoi, pourquoi et comment » de la pratique en gestion des soins infirmiers. Il comporte de l'information sur plusieurs sujets de cette pratique, notamment la gestion des risques, la qualité et la sécurité des soins, l'accessibilité et la dispensation optimale des soins et services de santé, l'humanisation des environnements de soins, la gestion stratégique des ressources humaines et financières, la conformité des politiques et des règles qui régissent les organisations de santé, le réseautage et le partenariat collaboratif, et l'imputabilité. Des informations complémentaires sur l'imputabilité, les différents rôles, les principales responsabilités, les qualifications et normes éthiques sont présentées pour guider les infirmières et infirmiers souhaitant exercer la fonction de gestionnaire des soins infirmiers.

Pour être en mesure de transformer le réseau de la santé et des services sociaux avec succès, les infirmières gestionnaires doivent pouvoir s'appuyer sur des standards de pratique et de compétences en gestion afin d'exercer leurs fonctions. Cette récente publication sert de guide de base et utile à la pratique de gestion en soins infirmiers au Québec et constitue une rare version écrite en français sur le sujet. Il est un outil pour toute infirmière qui aspire à apprendre, à appliquer ou/et à enseigner des connaissances en la matière.

Cet ouvrage est présenté comme un guide à la pratique de gestion en soins infirmiers spécifiquement au Québec, et, à la lecture de cet ouvrage, on veut en apprendre plus sur le sujet et sur certains éléments de contexte complémentaires qui contextualisent bien la pratique en gestion des soins infirmiers au Québec. À cet effet, certains aspects du cadre législatif qui sont les leviers puissants à la gouvernance en soins infirmiers, tant au niveau national qu'organisationnel, méritent une attention. Ici, on pense par exemple à la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS] concernant la prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux (2002) qui encadre la prévention et la gestion des incidents et des accidents dans le réseau sociosanitaire québécois ; aux responsabilités

importantes conférées aux directions des soins infirmiers en matière de contrôle de la qualité et du développement professionnel infirmier (articles 207, 207.1 et 208 de la LSSSS) ; et aux conseils des infirmières et infirmiers qui peuvent faire des recommandations sur l'appréciation de la qualité des actes infirmiers aux conseils d'administration des établissements de santé, ainsi que donner des avis sur l'organisation scientifique et technique de ces établissements, et l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières (articles 219, 220, et 221 de la LSSSS).

Maintenant que l'intelligence informationnelle peut être au service des infirmières gestionnaires pour une compréhension fine et une prise de décision éclairée, la question peu abordée de la performance clinico administrative et de l'utilisation d'indicateurs probants de l'amélioration de la qualité des soins infirmiers ressort comme une priorité en gestion au sein de notre profession.

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.

Membres du Conseil consultatif

SOUS LA PRÉSIDENCE DE :

Alain Biron, infirmier, Ph. D.
Directeur adjoint, Direction des soins infirmiers, Centre universitaire de santé McGill
Professeur adjoint, École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill
QUÉBEC, CANADA

EUROPE :

Jean-Marie JANUEL, infirmier, Ph. D.
Senior Scientist / Researcher
Université Grenoble Alpes
FRANCE

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 :

Sara LEBLOND, infirmière
Infirmière pratique avancée
Hôpital Montfort
ONTARIO, CANADA

Brigitte MARTEL, infirmière, M. Sc. Inf.
Directrice des soins infirmiers,
Centre hospitalier universitaire de Québec
QUÉBEC, CANADA

Chantal SAUMURE, infirmière, MBA
Directrice des services de néphrologie et en support à l'urgence
Centre hospitalier universitaire Dr-Georges-L.-Dumont
NOUVEAU-BRUNSWICK, CANADA

REPRÉSENTANTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION :

France LAFRAMBOISE, infirmière, M.Sc. Inf., IMHL, ASC, Fellow FORCES
Infirmière gestionnaire et administratrice de sociétés
Présidente, Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides / Lanaudière
QUÉBEC, CANADA