



DOSSIER

Spécial

SOINS SÉCURITAIRES



Ratio sécuritaires
Amélioration des soins
Meilleures conditions
d'exercice

DOSSIER Spécial SOINS SÉCURITAIRES

Vol. 7, N° 1, décembre 2016 | FIQ Dossier spécial

Responsabilité politique: Nancy Bédard, responsable politique, secteur Tâche, Organisation du travail et Pratique professionnelle | **Coordination:** Alain Leclerc, coordonnateur, secteurs et services | **Recherche et rédaction:** Marc-Antoine Durand-Allard et Katia Fecteau, conseillères syndicales, secteur Tâche, Organisation du travail et Pratique professionnelle | **Révision et coordination de la production :** Marie Eve Lepage, conseillère syndicale, service Communication-Information | **Secrétariat:** Francine Parent, secrétaire, service Communication-Information | **Photos (intervenantes):** Jacques Lavallée | **Graphisme:** Brigitte Ayotte (www.ayograph.com) | **Impression:** Solisco | ISSN 1913-1356 (Imprimé) | ISSN 1913-1364 (En ligne) | fiqsante.qc.ca | info@fiqsante.qc.ca



3 Pour la sécurité des patients, demandons des ratios sécuritaires

4 La planification des équipes et la sécurité des soins

9 L'expérience des ratios aux États-Unis et en Australie

13 La FIQ, ambassadrice des ratios sécuritaires au Québec

Pour la sécurité des patients, demandons des ratios sécuritaires



Le respect du droit à la santé de la population requiert la présence de professionnelles en soins en nombre suffisant. Depuis plus d'une décennie, cette évidence est mise en lumière par les chercheurs les plus crédibles et les ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients permettront assurément de la confirmer.

En octobre 2016, en collaboration avec le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF), la FIQ a tenu un symposium unique en son genre: le Symposium international sur les soins de santé sécuritaires. Elle a alors réuni des consœurs d'Australie, des États-Unis et du Québec afin de discuter des enjeux et des développements récents en la matière. Des extraits de leurs témoignages ont d'ailleurs été glissés dans cette publication. Le symposium d'octobre 2016 a été l'occasion de débattre ensemble du bilan à poser et des mesures à prendre pour assurer des soins de qualité, sécuritaires et humains à la population québécoise. Ce qu'il faut retenir de cet événement, c'est que la situation actuelle du réseau de la santé n'est pas une fatalité « incurable »: le réseau peut être soigné.

Le combat que la FIQ et ses membres mènent pour des ratios sécuritaires me rappelle mes débuts comme infirmière, il y a plus de 30 ans. À l'époque, j'étais contrainte, comme mes collègues, à donner du temps à mon employeur, entre les quarts de travail, afin de transmettre les informations sur mes patients à l'équipe suivante. Il nous apparaissait normal de prendre ce temps « bénévolement », puisque nous avions « la vocation », disait-on. Jamais je n'aurais cru qu'un jour, ce chevauchement serait reconnu comme partie intégrante des soins. Pourtant, c'est un gain que nous avons obtenu grâce à notre persévérance.

J'espère de tout cœur que la lecture de ce Dossier spécial Soins sécuritaires vous permettra de mieux saisir cet enjeu crucial pour les professionnelles en soins que nous sommes. À la FIQ, il est clair que le dossier des ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients sera un combat pour les années à venir. On entend déjà des voix s'élever pour déclarer que ce projet est impossible et, pourtant...

Bonne lecture!

Régine Laurent, présidente, FIQ



Voyez le Symposium en images à

www.flickr.com/photos/fiqsante/

La planification des équipes et la sécurité des soins



Nancy Bédard,

responsable politique du secteur Tâche, Organisation du travail et Pratique professionnelle, FIQ

« Des soins sécuritaires [...] c'est de s'assurer de fournir en tout temps les conditions aux professionnelles en soins afin qu'elles puissent, par leur évaluation clinique et leur jugement, être en mesure d'adapter les soins [...] aux besoins des patients, afin que l'on puisse toujours faire en sorte que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin, et ce, sans mettre en danger la santé physique et mentale des professionnelles en soins. Des soins sécuritaires, c'est aussi de permettre aux patients de bénéficier d'une équipe de soins suffisante, autant dans sa composition que dans son nombre, afin qu'ils puissent répondre à leurs besoins spécifiques. »

Sans surprise, et depuis des années déjà, la sécurité des soins fait couler beaucoup d'encre. Le concept interpelle des acteurs de la santé de plus en plus nombreux, tant l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP)¹, le SIDIIEF² que l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)³, à travers sa récente prise de position en faveur de la prestation sécuritaire des soins infirmiers.

Le Québec est la province qui dépense le moins d'argent, par habitant, pour les services de santé au Canada⁴. Depuis de nombreuses années, il est aux prises avec une série de réformes qui affectent lourdement les services offerts et les conditions d'exercice des professionnelles en soins. Le coût des médicaments, la rémunération des médecins et le rôle accru du secteur privé en santé grugent une part toujours plus grande des budgets de santé⁵. Ainsi :

- La Protectrice du citoyen du Québec fait état de nombreux problèmes issus de la réforme de l'organisation et de la gouvernance du réseau qui a été mise en vigueur en 2015⁶.
- Dans son rapport de consultation, à laquelle la FIQ a contribué⁵, le Commissaire à la santé et au bien-être fait le constat que le panier de services, déjà incomplet, s'effrite, et relève l'inefficacité de l'offre de services ou, en d'autres termes, la mauvaise utilisation des ressources⁷.

- L'OIIQ indique d'importantes lacunes dans les conditions d'exercice des infirmières en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), principalement en ce qui a trait au nombre insuffisant d'effectifs infirmiers⁸. **Plus choquant encore, l'OIIQ souligne que le temps consacré à des activités qui ne sont pas liées aux soins et l'augmentation du nombre de patients par infirmière viennent créer des situations pouvant compromettre la prestation sécuritaire des soins infirmiers³.**

- L'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), dans son récent énoncé de position, souligne qu'il faut adopter un point de vue réaliste face aux ratios de l'équipe de soins⁹.
- La Commission de la santé et des services sociaux, en 2016, recommande au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de mettre à jour ses normes concernant les ratios, afin d'assurer une prestation adéquate de soins en CHSLD¹⁰.

La situation s'est tellement détériorée dans les dernières années qu'on ne parle même plus de tous ces autres aspects fondamentaux des soins que les professionnelles sont contraintes d'abandonner, faute de temps, tels que l'enseignement aux patients et aux proches.

Déjà en 2006, il était devenu évident qu'il fallait revoir les méthodes de dotation en personnel infirmier, en

d'autres termes la planification de la main-d'œuvre, car elles pouvaient mener tant les patients que les professionnelles en soins à faire des concessions à la limite du tolérable¹¹. Cependant, encore aujourd'hui, les gestionnaires déploient des stratégies de dotation, dont la pertinence est à prouver au plan des soins, comme le recours aux heures supplémentaires, souvent obligatoires, et la précarisation du travail de soin au gré des contraintes budgétaires^{3, 12}.

Au chapitre de la dotation sécuritaire, les données probantes sont d'ailleurs généralement ignorées par les gestionnaires, aux dépens de la sécurité des professionnelles en soins et des patients, comme les prochaines pages le présenteront.



Édith Fournier,

proche aidante

« J'avais gardé mon mari à la maison pendant sept ans, donc je l'amenais dans un endroit où on allait passer du temps. Je ne savais pas combien de temps, je ne pensais pas que ce serait sept ans. [...] Ma première grande stupéfaction a été la charge de travail du personnel. Et voyant cette charge de travail, je me suis dit : bon, je vais mettre la main à la pâte, et je vais pallier, en tout cas en ce qui concerne le mien. C'est une chose qu'on peut faire, mais à un moment, j'ai réalisé que ma plus grande préoccupation quand j'allais voir mon mari était de décharger le personnel. Or, ce n'est pas pour ça que je devais aller le voir. Je devais aller le voir pour lui. Pour moi. »



Guillaume Carette,

infirmier auxiliaire, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie - CHUS)

« Une des plus grandes problématiques qu'on peut voir à tous les jours, c'est le manque d'organisation du travail. Souvent, les gestionnaires ne prennent pas vraiment position, ils ne font pas vraiment la planification de la main-d'œuvre pour savoir s'il y a le bon professionnel au bon endroit. »

Le Québec est la province qui dépense le moins d'argent, par habitant, pour les services de santé au Canada.



Le manque chronique de personnel et ses effets néfastes sur les patients

Un lien très étroit a été démontré entre la présence d'un nombre insuffisant de professionnelles en soins et les événements indésirables pour les patients. Des résultats de travaux pionniers sur le taux de mortalité sont éloquentes à cet égard :

- Pour chaque patient additionné à la charge de travail moyenne de quatre patients par infirmière (1:4) en médecine-chirurgie, la probabilité de mortalité dans les 30 jours de l'admission est accrue de 7%. De la même manière, la probabilité de décès des suites de complications évitables (*failure to rescue*) s'était accrue de 7%. **Ainsi, avec huit patients au lieu de quatre, le risque de mortalité est accru de 31%**¹³.

- **En observant les résultats de soins dans un hôpital réputé pour son excellence, des chercheurs ont prouvé que le taux de mortalité augmentait à chaque quart de travail de 2%, lorsque la dotation des équipes se trouvait sous la norme recommandée**¹⁴.

- **Les hôpitaux comptant le plus grand nombre d'infirmières par**

patients ont systématiquement de meilleurs résultats pour les patients que les hôpitaux qui en comptent moins. Les patients dans les hôpitaux comptant plus de patients par infirmière ont un taux de mortalité accru de 26%¹⁵.

En 2007, en comparant les résultats de 90 études scientifiques, des chercheurs ont conclu qu'il existe un lien fort entre la dotation des équipes de soins et les résultats des soins sur les patients. Les résultats pris en compte sont le taux de mortalité, les mortalités suivant des complications, la durée du séjour hospitalier, etc.¹⁶

Les données probantes ne manquent donc pas pour appuyer une meilleure dotation des équipes de soins. Des études ont aussi ciblé des résultats de soins qui sont sensibles aux soins prodigués par les infirmières. Elles ont montré que la dotation insuffisante en personnel infirmier avait une incidence sur les infections nosocomiales, les chutes, les risques de réadmission et les plaies de pression¹⁷⁻²².



Amélie Perron,

professeure, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa

« Les infirmières sont la dernière ligne de protection, qui est en train de s'éroder. Être capable d'accepter que les professionnelles en soins, notamment les infirmières, ont reçu une formation pour prendre soin des patients, qu'elles savent ce qu'elles doivent faire, qu'elles ont les savoirs pour le faire, des savoirs théoriques, scientifiques, expérientiels, éthiques, des savoirs intuitifs également. Tous ces savoirs-là contribuent à l'exercice du soin, et doivent avoir une place, et doivent être valorisés dans les milieux pour donner des soins qui sont complets, intégraux, qui sont flexibles également, et qui sont individualisés pour chacun des patients. Il n'y a pas de patients standardisés dans les milieux. »



Anne Lemay,

directrice générale adjointe des programmes de soutien, administration et performance, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

« Je suis convaincue [...] que si on travaille sur la sécurité, si on arrive à diminuer les impacts négatifs sur nos patients, qui peuvent être dans certains cas des décès, ou des complications [...], ça va nous permettre d'utiliser des ressources qui sont mobilisées pour corriger les problèmes qu'on a infligés à notre clientèle, parce qu'on a des problèmes de sécurité. »

Les professionnelles en soins constituent le système de surveillance vital des patients. Elles sont en tout temps à leur chevet, ce sont elles qui peuvent le mieux prévenir ou agir sans délai face aux accidents ou incidents susceptibles de survenir. Cependant, en évoluant dans un contexte de manque chronique de personnel, elles ne peuvent mettre en valeur toute leur expertise lors de la prise de décisions relatives aux soins, et elles ne sont pas en position de décider de la manière dont les équipes de soins devraient être déployées pour dispenser des soins humains, de qualité et sécuritaires. Les professionnelles en soins aspirent néanmoins à préserver la dignité de leurs patients et à jouer leur rôle d'*advocacy*, pour la défense de leurs droits et de leurs intérêts.



Un outil pour les professionnelles en soins

**100%
PROFESSIONNELLES
EN SOINS**



Quand les conditions d'exercice ne permettent pas d'offrir des soins de qualité, sécuritaires et humains aux patients



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Le réseau de la santé est la cible de compressions budgétaires répétées. Les professionnelles en soins en subissent personnellement les conséquences et sont les témoins de premier plan des impacts désastreux que ces compressions entraînent sur les patients.

Les infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques doivent pouvoir mettre en lumière les aberrations auxquelles elles sont confrontées et elles doivent pouvoir le faire sans craindre les représailles de leurs employeurs. Elles peuvent maintenant passer à l'action, pour défendre les droits et les intérêts des patients.

La FIQ met à leur disposition le Formulaire de soins sécuritaires, un formulaire en ligne, accessible en tout temps, qui sera traité avec la plus grande discrétion.

La Fédération demande à ses membres de signifier les situations où leurs conditions d'exercice ne leur permettent pas d'offrir des soins de qualité, sécuritaires et humains, à chaque fois que cela se produit. Il peut s'agir de problèmes liés à la composition des équipes, aux ratios professionnelle en soins/patients, aux besoins accrus des patients en matière de soins, etc. Des interventions précises, auprès des directions d'établissements ou de toutes autres instances appropriées, pourront ainsi être menées.

C'est par la mise en commun de toutes ces situations que la FIQ, au nom de ses 66 000 membres professionnelles en soins, pourra faire changer les choses.

Participez au mouvement vous aussi!

Les ratios, une base pour la sécurité des soins

Des solutions existent pour assurer la dotation sécuritaire des équipes soignantes. Toutefois, la solution qui se démarque est sans contredit la mise en place de « ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients ». Ces ratios, en assurant une dotation sécuritaire minimale des équipes de soins, permettent de sauver des vies, d'optimiser la guérison, de prévenir des événements indésirables et de respecter la dignité des patients. Cette solution met fin à l'arbitraire financier et séduit les professionnelles en soins, partout où ils existent, par leurs impacts positifs au quotidien²³.



Judith Shindul-Rothschild,

professeure, Connell School of Nursing,
Boston College

Traduction libre « Dans mon État [le Massachusetts], [...] on a fixé des limites au nombre d'enfants par classe, au nombre de bébés dont on peut s'occuper dans les services de garde. Mais quand c'est une question de vie ou de mort, on ne serait pas capable de se mettre en tête qu'il faut établir des limites au nombre de patients dont peuvent s'occuper les infirmières? Nous en avons absolument besoin. Absolument. »

Qu'est-ce qu'un « ratio sécuritaire professionnelle en soins/patients »?

C'est la présence, en tout temps, d'une équipe minimale pour donner des soins de façon sécuritaire à un groupe de patients ayant un profil clinique donné. C'est l'établissement d'un « plancher » de dotation minimale en dessous duquel on compromet sérieusement la sécurité des soins, tant pour les patients que pour les professionnelles en soins. Ce minimum est ajustable afin de répondre à l'augmentation de l'intensité des soins requis par les patients. Les ratios peuvent s'appliquer dans tous les milieux de pratique: centres hospitaliers, soins de longue durée et soins en première ligne.

Où en sont les ratios au Québec?

La FIQ se place à l'avant-garde en matière de ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients, par cette solution importante qu'elle a été en mesure d'inclure dans sa dernière convention collective. Formé à l'automne 2016, un comité paritaire national sur les ratios, regroupant la Fédération et le MSSS, aura pour mandat d'étudier la pertinence et la faisabilité des ratios par la mise en place de projets pilotes. Ceux-ci permettront de démontrer l'incidence directe des ratios sur la charge de travail et les conditions d'exercice des professionnelles en soins, des conditions essentielles à la sécurité des patients comme les écrits scientifiques le suggèrent depuis plusieurs années.

Pourquoi les ratios sécuritaires sont-ils la meilleure option au Québec?

D'autres avenues ont été explorées ailleurs pour améliorer la sécurité des soins. L'une d'elle consistait à mettre en place des comités paritaires chargés de planifier la main-d'œuvre. Ces comités ont été mis à l'essai en Australie, sans succès, et il s'avère que la formation de ces comités ne pouvait garantir, à elle seule, des résultats significatifs pour les professionnelles en soins et les patients en termes de sécurité des soins.

Une autre avenue consisterait à rendre publiquement disponibles les informations sur la dotation des équipes de soins dans les établissements. Cette solution implique toutefois des développements importants en matière d'informatisation. Plusieurs états américains ont adopté cette méthode rétrospective. Malheureusement, elle ne permet pas de prévenir, mais simplement de constater les cas de dotation non sécuritaire.

Ces tentatives démontrent que, dans le contexte québécois, la solution des ratios sécuritaires semble plus prometteuse.



Manon Goulet,

patiente de la Clinique SABSA

« On arrive à l'urgence, on est déjà souffrants, et quand on arrive là, le moral descend pas mal plus bas. »



Marylène Lessard,

médecin, Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

« Quand j'ai commencé à pratiquer, il y avait deux infirmières en périnatalité. Depuis la fusion, ils en ont enlevé une, ce qui fait qu'il n'y a pas si longtemps, il y a eu un accouchement – puis pour avoir un accouchement, ça prend toujours deux infirmières, et la seule deuxième infirmière disponible qui avait des compétences en natalité était aux soins intensifs. Donc, ils ont été obligés de l'enlever des soins intensifs pour l'envoyer aider à l'accouchement. »

L'expérience des ratios aux États-Unis et en Australie

Les ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients ont été implantés, avec succès, dans certaines régions du monde qui inspirent la FIQ et les travaux qu'elle mène depuis plusieurs années déjà²⁴. Les ratios en vigueur dans l'État de la Californie, aux États-Unis, et l'État de Victoria, en Australie, sont présentés au tableau suivant.

Ces ratios sont une réalité, la norme quotidienne pour les professionnelles en soins californiennes et victoriennes. Comme au Québec, leurs systèmes de santé ont connu des réformes qui ont eu pour effet d'accélérer le rythme de travail, de raccourcir les séjours hospitaliers et de créer une pénurie de main-d'œuvre en rendant les milieux de travail difficiles²⁵. La solution apportée par les professionnelles en soins pour offrir des soins sécuritaires et de qualité a pris la forme des **ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients**.

Unité de soins	Californie, États-Unis (en tout temps)	Établissements de niveau 1, État de Victoria, Australie * +1 infirmière en charge		
		jour	soir	nuit
Ante-partum	1:4	1:4*	1:4*	1:6
Salle d'accouchement	1:2	2:3		
Post-partum	1:4 (mères et bébés) 1:6 (mères seulement)	1:4*	1:4*	1:6 (ratios applicables aux sages-femmes seulement)
Autres unités de soins spécialisés	1:4	s/o		
Bloc opératoire	1:1	3:1		
Gériatrie - soins de longue durée	s/o	1:7*	1:8*	1:15
Médecine/chirurgie	1:5	1:4*	1:4*	1:8
Pédiatrie	1:4	s/o		
Pouponnière	1:6	s/o		
Psychiatrie	1:6	s/o		
Réadaptation	s/o	1:5*	1:5*	1:10
Salle d'urgence	1:4	1:3*+1 infirmière au triage (ajout 1 infirmière au triage pour le quart de soir)		
• Trauma	1:1			
• Soins critiques	1:2			
Salle de réveil	1:2	1:1		
Soins intensifs	1:2	1:2*	1:2*	1:2
Soins palliatifs	s/o	1:4*	1:5*	1:8
Télémétrie	1:4	s/o		
Unité coronarienne	s/o	1:2*	1:2*	1:3*
Unité d'évaluation gériatrique	s/o	1:5*	1:6*	1:10
Unité de soins intermédiaires	1:3	s/o		
Unité néonatale	1:2	1:2*		

La California Nurses Association, pionnière des ratios professionnelle en soins/patients

Au début des années 1990, la *California Nurses Association* (CNA), le plus grand syndicat d'infirmières de la Californie, a entamé une lutte historique pour obtenir une loi édictant des ratios en centre hospitalier pour l'ensemble des unités de soins. En 1999, la solution des ratios avait récolté assez d'appuis pour devenir un projet de loi, mis en application le 1^{er} janvier 2004. En primeur mondiale, cette loi prévoyait des ratios de base (voir tableau précédent) pour les infirmières et les infirmières auxiliaires, modifiables en temps réel grâce aux systèmes d'évaluation de l'acuité des soins en place.



Selon l'approche californienne, un «ratio» représente le nombre maximum de patients à la charge d'une professionnelle en soins, en tout temps, pour chaque quart de travail. Il s'agit de la limite sécuritaire, selon l'acuité des soins requis, qui peut toutefois être bonifiée au besoin. Prenons l'exemple des unités de médecine-chirurgie dont le ratio est fixé à une professionnelle en soins pour cinq patients (1:5). Il est prévisible que l'acuité des soins requis à un moment donné exige un ratio bonifié (1:3 par exemple), mais il ne pourra jamais excéder la limite sécuritaire de 1:5.

La campagne éclair de l'Australian Nursing and Midwifery Federation

Le quotidien des professionnelles en soins de l'État de Victoria, en Australie, partageait plusieurs similarités avec celui de la Californie: diminution de la qualité des soins, insatisfaction des professionnelles, manque d'effectifs durant les quarts de travail, etc. À la fin des années 1990, l'*Australian Nursing and Midwifery Federation* (ANMF-État de Victoria), le syndicat des infirmières et des sages-femmes de l'État, estimait à vingt mille le nombre de professionnelles en soins refusant de travailler dans le réseau public de santé²⁶.

L'insuccès des mécanismes paritaires de planification de la main-d'œuvre mis en place prouvait la nécessité d'une solution plus structurée: des ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients. La campagne de l'ANMF-État de Victoria a connu deux moments forts.

Le premier moment fort a eu lieu en 2000, lorsque le tribunal administratif du travail de l'État a mis en place les ratios. **Devant l'abondance de témoignages des patients, des familles et des professionnelles en soins, recueillis par la partie syndicale, et face à la plaidoirie pour le *statu quo* de la partie patronale, le commissaire a pris la décision d'inclure les ratios à la convention collective de l'État.** Pour respecter cette nouvelle norme obligatoire, 3400 professionnelles en soins ont été recrutées, dont plus de 40 % provenant du secteur privé²⁶.

Le deuxième moment fort s'est produit à partir de 2014, quand les ratios ont été reconnus par le gouvernement comme un enjeu de santé publique et, en ce sens, ont été à nouveau retirés de la table de négociation pour faire l'objet d'une loi. En octobre 2015, le *Safe Patient Care Act (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios)* entra en vigueur, assurant ainsi la pérennité des ratios dans l'État (voir tableau précédent). Il s'agissait de la deuxième législation du genre dans le monde.



Selon l'approche de Victoria, un «ratio» représente une moyenne du nombre de patients à la charge d'une professionnelle, dans une unité donnée. Par exemple, le ratio en médecine-chirurgie est fixé à une professionnelle en soins pour quatre patients (1:4) le jour, sans compter l'infirmière en charge de l'unité. Suivant le jugement clinique des membres de l'équipe de soins, les professionnelles ont la possibilité de se répartir la charge de travail en fonction de l'acuité des soins de certains patients. Une membre de l'équipe pourrait avoir cinq patients à sa charge (1:5) pour permettre à une autre d'en prendre trois (1:3) nécessitant des soins plus aigus.

Fait important à noter, ces ratios s'appliquent aussi aux infirmières et infirmières auxiliaires des soins de longue durée: 1:7 en journée, 1:8 en soirée et 1:15 la nuit. Ces ratios surprendront les professionnelles en soins québécoises, habituées qu'on cite en exemple des ratios en soins de longue durée fort différents de ceux-ci²⁷.

Des effets positifs à plusieurs niveaux

De nombreux travaux démontrent clairement que les ratios ont atteint leur double objectif: rendre les professionnelles en soins disponibles pour leurs patients et améliorer, par le fait même, la qualité et la sécurité des soins. Les professionnelles en soins dont la charge de travail est sécuritaire et viable sont en mesure d'offrir de meilleurs soins. Ainsi:

- **Les ratios ont permis d'augmenter jusqu'à 60 minutes le temps que les professionnelles en soins passent au chevet de leurs patients chaque jour²⁸.**
- Il a été démontré que le taux de mortalité et la probabilité de décès des suites de complications évitables (*failure to rescue*) étaient plus bas en Californie qu'ailleurs²⁹. Concrètement, les professionnelles en soins dans les unités étudiées ont eu en moyenne deux patients de moins à leur charge que les autres, ce qui a certainement influencé ces résultats marquants.
- La présence de ratios est associée à une diminution du phénomène de la «porte tournante», c'est-à-dire du nombre de réadmissions dans les 30 jours suivant le congé, pour les patients hospitalisés notamment pour un problème cardiaque ou une pneumonie^{30, 31}.
- **Le temps d'attente à l'urgence augmentait de 10% et le temps avant d'obtenir des soins à l'urgence grimpait de 32% lorsque les ratios n'étaient pas respectés³².**

Ces constats supportent l'argument souvent invoqué par les professionnelles en soins que la surcharge de travail se traduit par des soins non offerts³³. Pourtant, on sait que lorsque l'ensemble des soins requis est

offert et que l'enseignement est adéquat, les résultats des soins se maintiennent davantage dans le temps^{31, 34}.

Au surplus, les ratios apparaissent bénéfiques pour les professionnelles elles-mêmes:

- Du point de vue de 74% des professionnelles en soins et de 68% des gestionnaires sondés, la qualité des soins s'est améliorée à la suite de l'implantation de ratios²⁹.
- L'insatisfaction au travail et le nombre de *burnout* ont diminué après l'implantation des ratios en Californie²⁹.
- **En comparant la période précédant les ratios (1999-2003) et les quatre premières années de mise en œuvre des ratios (2005-2009), une réduction des accidents de travail de 31,6% pour les infirmières et 38,2% pour les infirmières auxiliaires a été observée³⁵.**

Ces statistiques sont non négligeables lorsque l'on sait que la perspective de demeurer en santé au travail est l'un des principaux critères de rétention des professionnelles en soins³⁶ et que le recrutement d'une nouvelle professionnelle peut coûter de 24 000 \$ à 48 000 \$, en coûts directs et indirects, pour une organisation³⁶.

Pour toutes ces raisons, les ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients semblent une solution porteuse d'avenir pour le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. À la lumière des expériences observées, les bénéfices potentiels pour les patients, leur famille, les professionnelles en soins et les organisations de santé semblent considérables.



Lisa Fitzpatrick,

secrétaire générale,
Australian Nursing and
Midwifery Federation-
Victorian Branch

Traduction libre

« Les professionnelles en soins doivent se lever pour défendre les personnes âgées et les patients en soins de longue durée. En fait, lorsque l'on devient une professionnelle en soins, notre rôle ne se limite pas à donner des soins. Vos patients ont besoin que vous preniez leur défense pour améliorer les soins jusqu'à un niveau où vous pourrez en être fières. »



Deborah Burger,

présidente, California
Nurses Association

Traduction libre

« Du jour au lendemain, les ratios ont fait une différence immense dans la manière dont les professionnelles en soins travaillent. Elles avaient enfin l'opportunité de donner les soins que leurs patients méritent. Elles avaient enfin la capacité de réfléchir et d'évaluer les soins offerts à leurs patients. »

FORMATIONS ACCRÉDITÉES

Offertes gratuitement à toutes les professionnelles en soins

- Formations:**
- L'*advocacy* des patients: La défense et la promotion des droits et des intérêts des patients
 - L'*advocacy* 2: Passer à l'action

Description sommaire:

- L'*advocacy* des patients

En tant que professionnelle en soins infirmiers et cardiorespiratoires, vous avez la responsabilité professionnelle de veiller à la défense des droits et des intérêts des patients dans un environnement de pratique changeant.

En participant à cette formation accréditée de la FIQ, vous serez en mesure de mieux comprendre ce rôle, en concordance avec vos responsabilités professionnelles et déontologiques, ainsi qu'avec le cadre légal entourant le réseau de la santé et des services sociaux.

Durée: 60 minutes chacune

Ces formations sont reconnues au nombre d'heures de formation obligatoire par les ordres professionnels.

- L'*advocacy* 2

Participez au mouvement collectif d'*advocacy* pour que les professionnelles en soins puissent prodiguer des soins humains, sécuritaires et de qualité aux patients.

En participant à cette deuxième formation accréditée de la FIQ sur l'*advocacy*, vous serez en mesure de vous familiariser avec un outil de travail syndical en ligne: le Formulaire de soins sécuritaires. Ce dernier a pour objectif de dénoncer auprès de votre équipe syndicale locale des situations à risque pour la qualité et la sécurité des soins aux patients et pour vos conditions d'exercice.

Nous, on parle santé.



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC

Visitez le fiqsante.qc.ca

La FIQ, ambassadrice des ratios sécuritaires au Québec



La FIQ poursuit son rôle d'agente de changement en proposant des ratios sécuritaires professionnelle en soins/patients dans le réseau de la santé québécois, afin d'assurer des soins plus humains et sécuritaires à la population. Qui de mieux que les professionnelles en soins, qui sont au chevet des patients le jour, le soir et la nuit, pour se prononcer sur les enjeux entourant la qualité et la sécurité des soins ?

La FIQ a été la première organisation syndicale à faire des gains en ce sens lors de la plus récente négociation. Bien que la Fédération soit l'ambassadrice des ratios sécuritaires au Québec, il ne faudrait pas y voir une revendication uniquement syndicale. **Il s'agit, par-dessus tout, d'un projet de société vital, duquel dépend la sécurité des patients et des professionnelles en soins.**

Comme professionnelles en soins, ce Dossier spécial est un pas de plus vers notre objectif à la fois simple et ambitieux : exiger mieux pour nos patients en obtenant des ratios, parce que **les ratios sauvent des vies**. La population du Québec ne doit plus être privée d'une solution qui a fait ses preuves ailleurs dans le monde.

En attendant l'implantation des ratios sécuritaires dans les établissements de santé du Québec, exigez des conditions d'exercice plus humaines, informez votre équipe syndicale des situations difficiles que vous vivez et partagez le potentiel de ce projet avec votre famille.

Syndicalement,

Nancy Bédard, responsable politique du secteur Tâche, Organisation du travail et Pratique professionnelle, FIQ



Références

1. INSTITUT CANADIEN POUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS. *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant*, Edmonton, 2015.
2. SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE. *La qualité des soins et la sécurité des patients: Une priorité mondiale*, Montréal, 2015, 42 p.
3. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Prestation sécuritaire des soins infirmiers*, Montréal, 2015.
4. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *National Health Expenditure Trends 1975 to 2014*, Ottawa, 2014, 172 p.
5. FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC - FIQ. *La couverture publique des services en santé et en services sociaux : préoccupations et enjeux*, Mémoire, 2016, 18 p.
6. ST-GERMAIN, R. *Le Protecteur du citoyen - Rapport annuel d'activités 2015-2016*, Québec, 2016, 167 p.
7. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *Entendre la voix citoyenne pour améliorer l'offre de soins et services*, Québec, 2016, 168 p.
8. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)*, Montréal, 2014, 29 p.
9. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC. *Énoncé de position sur les soins et les services aux personnes hébergées en CHSLD*, Montréal, 2016, 6 p.
10. ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée - Mandat d'initiative: Document de consultation*, Québec, La Commission de la santé et des services sociaux, 2013, 28 p.
11. FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. *Allier dotation et sécurité : Synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité du patient*, Ottawa, 2006, 21 p.
12. ROCHEFORT C. M., D. L. BUCKERIDGE et M. ABRAHAMOWICZ. «Improving patient safety by optimizing the use of nursing human resources», *Implementation Science*, vol. 10, n° 89 (2015), 11 p.
13. AIKEN, L. H., et coll. «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction», *Journal of the American Medical Association*, vol. 288, n° 16 (2002), p. 1987-1993.
14. NEEDLEMAN, J., et coll. «Nurse staffing and inpatient hospital mortality», *New England Journal of Medicine*, vol. 364, n° 25 (2011), p. 1037-1045.
15. RAFFERTY, A. M., et coll. «Outcomes of variation in hospital nurse staffing in English hospitals: Cross-sectional analysis of survey data and discharge records, International», *Journal of Nursing Studies*, vol. 44, n° 2 (2007), p. 175-182.
16. KANE, R. L., et coll. *Nurse Staffing and Quality of Patient Care*, Evidence Report/Techology Assessment n° 151, préparé par Minnesota Evidencebased Practice Center, Agency for Healthcare Research and Quality, Minneapolis, (mars 2007).
17. MANOJLOVICH, M., et coll. «Nurse dose: linking staffing variables to adverse patient outcomes», *Nursing Research*, vol. 60, n° 4 (2011), p. 214-220.
18. KALISCH, B. J., D. TSCHANNEN et H. LEE. «Missed nursing care, staffing, and patient falls», *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 27, n°1 (2012), p. 6-12.
19. BOBAY, K. L., O. YAKUSHEVA et M. E. WEISS. «Outcomes and cost analysis of the impact of unit-level nurse staffing on post-discharge utilization», *Nursing Economics*, vol. 29, n° 2 (2011), p. 69-87.
20. FLANAGAN, J., et coll. «Predictors of 30-day readmission for pneumonia», *Journal of Nursing Administration*, vol. 46, n° 2 (2016), p. 69-74.
21. MA, C., S. H. PARK. «Hospital magnet status, unit work environment, and pressure ulcers», *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 47, n° 6 (2015), p. 565-573.
22. AYDIN, C., et coll. «Modeling hospital-acquired pressure ulcer prevalence on medical-surgical units: Nurse workload, expertise, and clinical processes of care», *Health Services Research*, vol. 50, n° 2 (2015), p. 351-373.

23. SERRATT, T, S. MEYER et S. A. CHAPMAN. «Enforcement of Hospital Nurse Staffing Regulations Across the United States: Progress or Stalemate?», *Policy, Politics & Nursing Practice*, vol. 15, n° 1-2 (2014), p. 21-29.
24. FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC – FIQ. *Argumentaire concernant les ratios professionnelles en soins/patient-e-s*, 2014, 28 p.
25. GORDON, S., J. BUCHANAN et T. BRETHERTON. *Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Healthcare*, Ithaca, États-Unis, Cornell University Press, 2008, 288 p.
26. FITZPATRICK, L. «The Victorian Nurse and Midwife Patient Ratios: The Road to Legislation», *Australian Nursing & Midwifery Federation Victorian Branch*, dans le cadre de: PSI Safe and Effective Nurse Staffing UK, (2015), p. 1-24.
27. VOYER, P., et coll. «Pénurie de soins ou pénurie d’infirmières?», *Perspective Infirmière*, vol. 13, n° 3 (mai-juin 2016), p. 45-50.
28. SERRATT, T. «California’s Nurse-to-Patient Ratios, Part 1», *Journal of Nursing Administration*, vol. 43, n° 9 (2013), p. 475-480.
29. AIKEN, L. H., et coll. «Implications of the California nurse staffing mandate for other states», *Health Services Research*, vol. 45, n° 4 (2011), p. 904-921.
30. SHINDUL-ROTHSCHILD, J., et coll. «Nurse Staffing and Hospital Characteristics Predictive of Time to Diagnostic Evaluation for Patients in the Emergency Department». *Journal of Emergency Nursing:JEN*, (2016), (sous presse), p. 1-7.
31. STAMP, K. D., et coll. «Predictors of Excess Heart Failure Readmissions», *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 29, n° 2 (2014), p. 115-123.
32. CHAN, T. C., et coll. «Effect of mandated nurse-patient ratios on patient wait time and care time in the emergency department», *Academic Emergency Medicine*, vol. 17, n° 5 (2010), p. 545-552.
33. BALL, J., et coll. «“Care left undone” during nursing shifts: associations with workload and perceived quality of care», *BMJ Quality and Safety*, vol. 23, n° 2 (2014), p. 116-125.
34. TUBBS-COOLEY, H. L., et coll. «An observational study of nurse staffing ratios and hospital readmission among children admitted for common conditions», *BMJ Quality and Safety*, (2013), p. 1-8.
35. LEIGH, J. P., et coll. «California’s nurse-to-patient ratio law and occupational injury», *Occupational and Environmental Health*, vol. 88, n° 4 (2015), p. 477-484.
36. PERRY, L., et coll. «Does nurses’ health affect their intention to remain in their current position?», *Journal of Nursing Management*, (2016), (sous presse).

Nous, on parle santé.



Pour demeurer à l'affût des activités de la FIQ,
inscrivez-vous à notre Infolettre FIQ Express à fiqsante.qc.ca



FÉDÉRATION
INTERPROFESSIONNELLE
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



FIQ Montréal | Siège social
1234, avenue Papineau, Montréal (Québec) H2K 0A4 |
514 987-1141 | 1 800 363-6541 | Téléc. 514 987-7273 | 1 877 987-7273 |

FIQ Québec
1260, rue du Blizzard, Québec (Québec) G2K 0J1 |
418 626-2226 | 1 800 463-6770 | Téléc. 418 626-2111 | 1 866 626-2111 |

fiqsante.qc.ca | info@fiqsante.qc.ca

POSTE-PUBLICATION

Convention 40007983

(adresse de retour)

FIQ Québec | 1260, rue du Blizzard,
Québec (Qc) G2K 0J1