



ON A NOTRE QUOTA

À BOUT DE SOUFFLE.
À BOUT DE NERFS.
BESOIN DE RATIOS SÉCURITAIRES.

LE LIVRE NOIR DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

Responsabilité politique

Nancy Bédard, vice-présidente

Coordination

Pierre Leduc, coordonnateur, secteur Organisation du travail et Pratique professionnelle

Recherche et rédaction

Katia Fecteau et Marie-Ève Viau, conseillères syndicales, secteur Organisation du travail et Pratique professionnelle

Collaboration

Marc-Antoine Durand-Allard, conseiller syndical, secteur Relations de travail

Manuel Dionne, conseiller syndical, service Communication

Révision et production

Marie-Anne Laramée, conseillère syndicale, service Communication

Secrétariat

Francine Parent, secrétaire, service Communication

Graphisme: Brigitte Ayotte (Ayograph)

Impression: Solisco

Couverture: Upperkut

Novembre 2017

ISBN: 978-2-920986-60-2 (imprimé)

978-2-920986-61-9 (en ligne)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est **autorisée**, à condition que la source en soit mentionnée.

Les témoignages cités sont extraits des formulaires de soins sécuritaires FIQ. Les auteures ont autorisé la FIQ à utiliser leur témoignage dans le cadre de ses publications. Afin de protéger l'anonymat des professionnelles en soins, toute information permettant de les identifier a été retirée. De plus, toutes ont été informées que le fait de remplir un formulaire de soins sécuritaires ne se substituait pas à une déclaration de situation dangereuse ou à un rapport incident-accident.

CHIFFRES ET TÉMOIGNAGES MARQUANTS

1326

C'EST LE NOMBRE D'INCIDENTS ET
D'ACCIDENTS DANS LES MILIEUX DE SOINS
AU QUÉBEC. **CHAQUE JOUR.**

EN CALIFORNIE

RATIOS

=

JUSQU'À **+ 60 MIN**
AUPRÈS DES PATIENT-E-S/JOUR



J'étais en temps supplémentaire et je devais donner une formation à une nouvelle employée. Deux collègues étaient absents et non remplacés ce soir-là. On m'a donc demandé d'être responsable de tous les patients des résidences, soit plus de 200 personnes âgées. Et en plus, ils m'ont basculé la garde de soins à domicile qui compte beaucoup de patients à elle seule. [...] le ratio patients/infirmière que mon employeur m'a imposé n'était pas sécuritaire. Je ne peux pas, étant en plus en temps supplémentaire, donner une formation, être responsable de la garde des soins à domicile et de plus de 200 patients dispersés à près d'une heure de route aller-retour. C'est inhumain.»

- Infirmière, Soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie

AU ROYAUME-UNI, LES PATIENT-E-S
DANS LES HÔPITAUX COMPTANT
LE MOINS D'INFIRMIÈRES PAR PATIENT-E-S
ONT UN TAUX DE MORTALITÉ **ACCRU** DE

26 %

94 %

C'EST LA PROPORTION DE QUÉBÉCOIS-E-S
QUI NE SONT PAS À L'AISE D'ÊTRE SOIGNÉ-E-S
PAR UNE PROFESSIONNELLE EN SOINS
EN POSTE DEPUIS PLUS DE 16 HEURES.

**ET VOUS,
LE SERIEZ-VOUS ?**

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|-----------|
| Introduction: des professionnelles en soins brisent le silence | 3 |
| La solution: les ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s | 12 |
| Votre santé en danger | 18 |
| Les professionnelles en soins et les organismes de protection du public en alerte | 30 |
| Vieillir dans la dignité? | 36 |
| Les ratios sécuritaires : une solution appliquée avec succès ailleurs dans le monde | 42 |
| Au Québec, le gouvernement agit-il vraiment pour la sécurité des soins? | 46 |
| Conclusion | 50 |

INTRODUCTION :
**DES PROFESSIONNELLES
EN SOINS BRISENT
LE SILENCE**



INTRODUCTION : DES PROFESSIONNELLES EN SOINS BRISENT LE SILENCE

Les 75 000 professionnelles en soins membres de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ, dont 90% sont des femmes, ne peuvent plus se taire! Par ce livre noir, elles lancent une ultime alerte:

Nos professionnelles en soins ne travaillent plus dans des conditions favorisant la sécurité des soins offerts aux Québécois-es.

Dans le passé, elles ont évité de parler publiquement de leurs préoccupations concernant la qualité et la sécurité des soins, craignant les représailles et militant activement dans leurs milieux pour que les mesures adéquates soient mises en place. Elles comprennent aujourd'hui que pour pleinement défendre les droits et les intérêts des patient-e-s, elles doivent prendre la parole et dénoncer publiquement les situations qui ne permettent pas d'offrir les soins à la hauteur de leurs compétences que la population est en droit de recevoir.

La FIQ revendique le recours aux solutions qui ont fait leurs preuves, basées sur la recherche et exige l'adoption de ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s.

Qualité et sécurité des soins

La mission première des professionnelles en soins est de vous soigner; elles ont constamment le bien-être des patient-e-s à cœur. C'est LA base des valeurs qui animent l'ensemble des professionnelles en soins. Ce désir de bien soigner la population québécoise les amène à se dépasser jour après jour, souvent dans des conditions de travail difficiles. Malgré certaines contraintes avec lesquelles elles composent au quotidien, telles les heures supplémentaires obligatoires, elles font tout en leur pouvoir pour offrir des soins de qualité, sécuritaires et accessibles à la population, ce qui n'est pas une mince affaire après plus de 16 heures de travail consécutives.

Cette préoccupation de qualité et de sécurité doit aussi être partagée par les établissements de santé qui doivent, selon la loi, permettre aux patient-e-s d'obtenir des soins et des services « adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire » (LSSSS). Pourtant, contrairement à ce qu'une partie de la population peut croire, il existe actuellement de nombreux cas dans le réseau de la santé québécois où la qualité et la sécurité des soins sont mises en péril.

Des situations devenues banales N'avez-vous pas déjà :

- eu connaissance d'une erreur de l'équipe de soins ?
- été témoin de longs délais avant que des professionnelles en soins ne répondent aux besoins de vos proches ?
- eu constamment de nouveaux-nouvelles intervenant-e-s s'occupant du dossier de votre parent âgé ?
- manqué de temps pour bien comprendre les consignes nécessaires pour mieux gérer un problème de santé ?
- eu l'impression que votre état aurait dû être observé et réévalué plus fréquemment par les professionnelles en soins alors que vous étiez hospitalisé-e ?

Tout indique que patient-e-s comme professionnelles en soins ont été forcé-e-s de mettre de côté leurs attentes légitimes de pouvoir donner et recevoir des soins sécuritaires et humains. La situation est tellement préoccupante actuellement qu'il importe de se concentrer sur l'essentiel : **se redonner collectivement les moyens d'offrir des soins sécuritaires aux patient-e-s.**

Pourquoi s'intéresser maintenant à la sécurité des soins ?

Le contexte de pratique dans les établissements de santé se détériore depuis plus de 25 ans et compromet de plus en plus la sécurité des soins qui y sont offerts. La nouvelle gestion publique, qui s'obstine à implanter des modèles issus de l'industrie manufacturière¹ dans le réseau de la santé québécois, a amené des coupes budgétaires importantes dans les établissements de santé². Contrairement à ces industries où les machines et les robots ont remplacé une bonne partie des travailleur-euse-s, les soins de santé, même en 2017, sont par chance encore dispensés par des personnes en chair et en os. Or, pour des gestionnaires qui, souvent, connaissent très peu les soins, les coûts de la main-d'œuvre professionnelle en soins sont souvent perçus comme un poste budgétaire à couper plutôt qu'un investissement dans la santé des Québécois-es.



[...] quand on est trop dans le jus, c'est les patients qui payent, on ne leur offre pas de se lever ! S'ils se lèvent, le délai avant de les recoucher est souvent beaucoup plus long que le 3-5 minutes d'avant les coupures ! Lorsque les patrons nous ont fait part de coupures, nous nous étions dit, on va continuer à s'aider, continuer à passer les cabarets pour aider le préposé, au début on le faisait. Un jour on s'est rendu compte que si on aidait le préposé on n'avait pas le temps d'ouvrir nos dossiers [...] ! Tout le monde s'aide, mais toute l'équipe est épuisée, on court comme des poules pas de tête, on s'excuse sans cesse auprès des patients, pour les retards de calmants, mobilisation, toilette et autres demandes ! »

– Infirmière auxiliaire en médecine/chirurgie

En conséquence, les équipes de soins sont souvent bien moins nombreuses qu'elles ne devraient l'être pour véritablement répondre aux besoins des patient-e-s, qui sont les éternel-le-s perdant-e-s de ces lubies administratives. Une situation de pareil manque d'effectifs, compromettant la sécurité des personnes, ne serait tolérée dans aucun autre domaine où la sécurité est centrale. Par exemple, en aviation commerciale, un nombre minimal d'agent-e-s de bord par passagers est requis³. Donc, pourquoi une équipe incomplète serait-elle tolérée dans les établissements de santé alors qu'elle œuvre auprès de patient-e-s vulnérables ?

Une équipe de professionnelles en soins se retrouve devant plusieurs situations pouvant nuire à son travail :

- Les absences dans les équipes de soins ne sont souvent pas remplacées.
- Les équipes de soins sont très peu stables : en 2016, 51% des infirmières et 64% des infirmières auxiliaires ne détenaient pas de poste à temps complet⁴.
- Lors de recours aux agences de placement ou « main-d'œuvre indépendante », le personnel n'est pas familier avec l'établissement ou avec l'état de ses patient-e-s.
- Des professionnelles en soins se font demander par certains employeurs de jouer le rôle d'une autre membre de l'équipe de soins et accomplissent d'autres tâches que les leurs.

Traiter une population avec des problèmes de santé de plus en plus complexes dans ce contexte est insoutenable pour les professionnelles en soins, les patient-e-s et leurs proches et cela peut être fort dangereux. Les récentes fusions d'établissements de santé ajoutent aux difficultés du travail des professionnelles en soins, par exemple en élargissant le territoire à couvrir en soins à domicile ou en centralisant des services spécialisés uniquement dans certaines villes.

Résultat de cette mauvaise gestion ? Des professionnelles en soins surchargées dans bon nombre d'établissements



La situation est le manque quotidien de personnel. Par exemple, aujourd'hui, deux infirmières absentes n'étaient pas remplacées... quand nous avons une cinquantaine de traitements de chimiothérapie à administrer à une clientèle très malade et vulnérable. Le risque d'erreurs est multiplié, car nous subissons de la pression de tous bords. C'est dangereux, car nous administrons des traitements de chimiothérapie très agressifs où il n'y a pas lieu à l'erreur. Mes collègues et moi-même sommes à bout de souffle et lorsqu'une erreur surviendra nous serons blâmés et réprimandés. Notre chef d'unité est au courant de la situation, mais ne se pointe pas pour évaluer la situation de peur d'avoir à affronter le problème. Aidons-nous à donner des soins de qualité. »

– Infirmier en oncologie

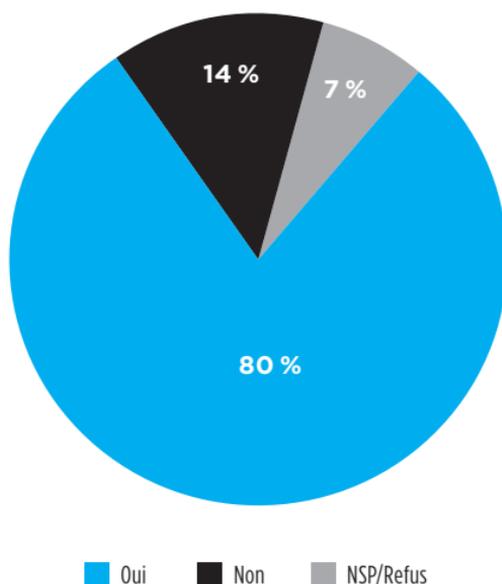
de santé. Lorsque les gestionnaires du réseau agissent ainsi, ils jouent à un jeu bien dangereux. Ils **prennent un risque** avec votre santé.

C'est que les professionnelles en soins constituent un véritable « système de surveillance 24/7 » pour les patient-e-s. Une charge de travail appropriée leur permet d'être suffisamment présentes auprès des patient-e-s et de se consacrer véritablement à leurs soins pour en assurer la qualité. Cela inclut surveiller leur état de santé, l'évaluer et réagir sans délai lorsque survient un problème et même en prévenir d'autres. Lorsque la charge de travail est trop importante pour permettre une surveillance appropriée, la sécurité des soins et des patient-e-s est compromise.

Cette surcharge de travail est également nuisible aux professionnelles en soins elles-mêmes. Quand ce problème se prolonge, ce « travail à la chaîne » peut occasionner

de la détresse morale, de l'épuisement, des accidents de travail et même la décision de cesser de pratiquer. Ces situations créent beaucoup de souffrance et réduisent le nombre de professionnelles en soins disponibles pour soigner.

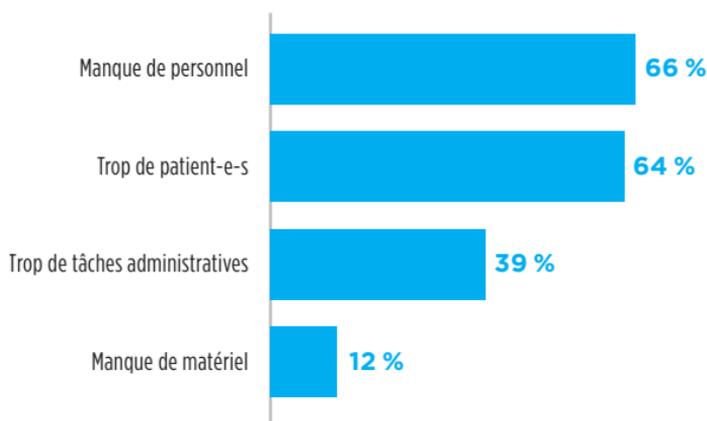
Avez-vous l'impression que les professionnelles en soins sont surchargées au Québec?



La population et les patient-e-s perçoivent cette surcharge de travail et en vivent les contrecoups. Même s'ils-elles constatent et apprécient les compétences et l'empathie des professionnelles en soins, ils-elles voient bien la cadence qui leur est imposée et son impact sur leur propre expérience de soins. Dans un récent sondage (Léger, août 2017), **80 % des répondant-e-s ont affirmé avoir l'impression que les professionnelles en soins sont surchargées au Québec.** Parmi les personnes ayant reçu des soins (pour elles-mêmes ou un-e proche), près de 40 % affirment avoir été témoin de situation où les professionnelles en soins semblaient ne pas avoir le temps de faire leur travail correctement. Ces personnes ont identifié deux principaux facteurs à ce manque de

temps: pas assez de personnel et trop de patient-e-s. C'est précisément sur cette proportion entre le nombre de professionnelles en soins et le nombre de patient-e-s qu'il faut agir pour une meilleure qualité et sécurité des soins.

Selon vous, qu'est-ce qui empêche les professionnelles en soins de faire leur travail correctement ?



Y a-t-il quelque chose à faire ?

Le contexte actuel au Québec, où s'enchaînent coupes budgétaires et fusions administratives, n'est certainement pas encourageant sur les plans de la qualité et de la sécurité des soins. Depuis le début des années 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les établissements ont multiplié les projets en organisation du travail, souvent avec des coûts importants (comme les projets *Lean* qui ont été davantage médiatisés). Jusqu'à maintenant, la majorité de ces projets initiés par les employeurs n'ont apporté que des changements superficiels et, en rétrospective, ont maintenu le *statu quo* plutôt que de s'intéresser à ce qui compte vraiment: la composition sécuritaire des équipes de soins.

Il est clairement et scientifiquement démontré que la composition des équipes de soins a des effets sur la santé des patient-e-s⁵ (taux de mortalité, gestion de la

douleur, infections, durée de séjour en centre hospitalier, etc.), mais aussi sur celle des professionnelles en soins⁶ (satisfaction au travail, rétention dans la profession, taux d'accidents de travail, etc.). Une composition sécuritaire de l'équipe de soins est associée à de meilleurs résultats. Malheureusement, même si des gestionnaires locaux souhaitaient agir pour tenir compte de ces connaissances scientifiques sur la sécurité des soins, l'hypercentralisation des pouvoirs entre les mains du ministre restreindrait leur capacité à agir.

Fortes de ces nouvelles connaissances scientifiques, des professionnelles en soins ailleurs dans le monde ont développé des solutions permettant d'assurer que les équipes de soins soient composées de façon sécuritaire. Ce mouvement international inclut des organisations crédibles telles que l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁷, l'*Institute of Medicine*⁸ américain ou le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF)⁹. Quand existera-t-il un mouvement pour que les équipes de soins sécuritaires soient une priorité au Québec? **Les gestionnaires ignorent les données probantes et la recherche concernant les équipes de soins de santé, et ce, au détriment de notre réseau de santé.**



LA SOLUTION :
**LES RATIOS
SÉCURITAIRES
PROFESSIONNELLES
EN SOINS/PATIENT-E-S**

LA SOLUTION : LES RATIOS SÉCURITAIRES PROFESSIONNELLES EN SOINS/PATIENT-E-S

Depuis de nombreuses années, le gouvernement s'est concentré sur les réformes du réseau au gré de ses besoins électoraux. Nous connaissons les résultats, dont les patient-e-s font les frais: accès difficile aux soins, manque de continuité entre les intervenant-e-s assigné-e-s à leur dossier, erreurs, milieux de soins potentiellement nuisibles (ex. infections acquises à l'hôpital). Malheureusement, les problèmes que vivent les patient-e-s et les professionnelles en soins qui sont à leur chevet sont trop souvent connus des gestionnaires.

Il faut maintenant qu'ensemble nous proposons une solution qui réponde à nos besoins en tant que collectivité. Ce doit être une solution valable en tout temps et permanente. Une solution qui ne laisse plus de place aux aléas électoraux et au bricolage des gestionnaires qui coupent là où c'est le plus facile, mais aussi là où ça fait le plus mal pour les patient-e-s.

Cette solution, c'est les ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s dont la FIQ fait la promotion.

Que sont les ratios sécuritaires ?

C'est un concept très simple que l'on retrouve déjà dans d'autres secteurs d'activités. Un ratio est une proportion suffisante de personnel par rapport à un groupe de personnes afin de s'assurer que celles-ci puissent recevoir des services de qualité.

- À l'école, cela se traduit par un nombre maximum d'élèves par enseignant-e.
- En avion, il y a un nombre maximum de passagers par agent-e de bord.

- Dans les centres de la petite enfance (CPE) et les garderies, il y a un nombre maximum d'enfants à la charge d'un-e éducateur-trice, et celui-ci varie en fonction des groupes d'âge, afin de s'adapter aux besoins différents des enfants.

Les ratios sécuritaires promus par la FIQ signifient la présence d'une équipe minimale de professionnelles en soins pour un groupe de patient-e-s ayant des problèmes de santé similaires. Ce minimum est ensuite ajustable à la hausse selon les besoins des patient-e-s. Les ratios sont une solution pour le réseau de la santé.

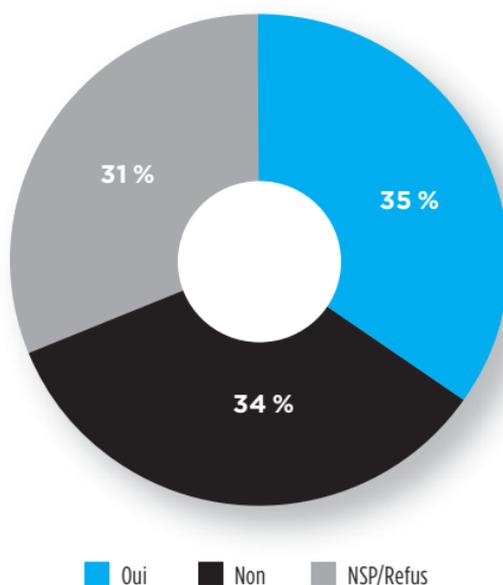
Les ratios sécuritaires permettent de sauver des vies, d'optimiser la guérison, de prévenir des événements indésirables et de respecter la dignité des patient-e-s.



SAVIEZ-VOUS QUE?

Contrairement aux services de garde éducatifs à l'enfance¹⁰ ou au domaine de l'éducation¹¹, il n'existe aucun ratio minimum garantissant aux patient-e-s une équipe de soins de base au Québec. Nous nous sommes donné, collectivement, de telles mesures pour protéger les enfants et autres groupes vulnérables, alors pourquoi n'est-ce pas aussi le cas pour les personnes souffrant de problèmes de santé? Cette idée semble tellement logique que plus du tiers (35%) de la population croit que des ratios sont déjà en place dans le réseau de la santé (Léger, août 2017).

Selon vous, existe-t-il présentement au Québec un maximum de patient-e-s par infirmière ou infirmière auxiliaire dans le réseau de la santé?



L'équation est démontrée : ratios sécuritaires = meilleurs résultats de santé

Cette idée est soutenue par plus de 20 ans de recherche scientifique, d'innombrables études à travers le monde et de rapports qui appuient le lien entre des équipes de soins sécuritaires et les résultats pour les patient-e-s et les professionnelles en soins. En voici quelques exemples :

- Pour chaque patient-e en surplus à la charge moyenne de travail d'une infirmière, la probabilité de mortalité dans les 30 jours de l'admission à l'hôpital est accrue de 7%. La probabilité de décès des suites de complications évitables est aussi accrue du même pourcentage. Par exemple, avec six patient-e-s hospitalisé-e-s à la charge d'une infirmière au lieu de quatre, le risque de mortalité est accru de 14%¹².
- En observant l'état de santé des patient-e-s 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 les équipes se trouvaient sous la norme recommandée¹³. Lorsque les patient-e-s sont exposé-e-s à plusieurs quarts de travail sous la norme, on multiplie ainsi d'autant leur risque de mortalité.
- Les hôpitaux comptant le plus grand nombre d'infirmières par patient-e-s ont systématiquement de meilleurs résultats pour les patient-e-s que les hôpitaux qui en comptent moins. Les patient-e-s dans les hôpitaux comptant le moins d'infirmières par patient-e-s ont un taux de mortalité accru de 26%¹⁴.
- Pour chaque patient-e qui s'ajoute à la charge de travail d'une infirmière sur les unités de médecine-chirurgie, les chances que ces patient-e-s survivent à un arrêt cardiaque à l'hôpital baissent de 5%¹⁵.
- Les infections contractées à l'hôpital sont significativement reliées à une présence trop faible de profession-

nelles en soins. Ainsi, les infections urinaires acquises à l'hôpital sont augmentées de près de 1 pour 1000 patient-e-s pour chaque patient-e additionné-e à la charge de travail de l'infirmière¹⁶.

- Les patient-e-s hospitalisé-e-s disent que leur douleur est mieux prise en charge lorsque le personnel infirmier est présent en plus grand nombre sur leur unité¹⁷.

Qu'en est-il au Québec? Les travaux de recherche confirment que ce qui est observé ailleurs se déroule également ici.

- Aux soins intensifs néonataux: une étude québécoise rapporte que 35,7% des infirmières participantes travaillant aux soins intensifs néonataux montrent un niveau élevé d'épuisement émotionnel et que 19,2% décrivent la qualité des soins comme étant passable ou faible¹⁸.
- En CHSLD: nombreux sont ceux qui avancent que les besoins des patient-e-s en CHSLD ne seraient pas comblés actuellement, mais peu d'études permettent de chiffrer cet écart. Cependant, on sait que déjà en 2005, au Québec, le financement du réseau ne permettait de financer que moins de 70% des heures de soins requises par les patient-e-s en CHSLD, ce qui signifie que 30% de leurs besoins n'étaient pas comblés¹⁹.
- Aux urgences: on le sait, lorsque les urgences québécoises sont encombrées, on n'augmente pas forcément le personnel selon les besoins des patient-e-s. Sans surprise, une étude québécoise démontre que l'encombrement des urgences est associé à une mortalité accrue dans les 30 jours suivant l'admission, autant pour les patient-e-s qui sont hospitalisé-e-s que pour celles et ceux qui rentrent à la maison. De plus, l'encombrement de lits aux urgences est aussi relié à un plus grand nombre d'hospitalisation pour les patient-e-s qui reviennent consulter à l'urgence dans le mois suivant leur congé²⁰.

VOTRE SANTÉ EN DANGER



VOTRE SANTÉ EN DANGER

Soins omis, santé compromise

Que faites-vous lorsque vous avez peu de temps et beaucoup de choses à faire? Vous devez prioriser. C'est la même chose pour les professionnelles en soins qui, bien malgré elles, se voient obligées de faire des choix parmi les priorités. Lorsque les professionnelles en soins accordent la priorité à certains soins parmi tous les soins nécessaires, on appelle cela le rationnement des soins, qui fait référence aux activités omises par les professionnelles en raison d'un manque de temps²¹; ce sont des soins manqués.



[...] on se fait dire que [...] même si les prises de sang ne sont pas toutes faites, personne ne va mourir.

D'y aller au plus urgent et pour le reste ce n'est pas grave. Où est l'humanité dans cette situation? Au nom de nos patients, svp, pouvons-nous les soigner sécuritairement et avec dignité? On a des fardeaux de tâche de fous.»

– Infirmière auxiliaire en médecine/chirurgie

Comme on peut s'y attendre, les soins manqués ont des impacts importants sur les patient-e-s, dont: les chutes, les infections acquises à l'hôpital, les erreurs de médicament et les plaies de pression²².

Dans les hôpitaux suisses, les patient-e-s traité-e-s là où il y a avait le plus de soins manqués étaient 51% plus à risque de décéder que ceux-celles des autres hôpitaux. Pourquoi? Les chercheurs suggèrent que l'omission d'aspects importants des soins tels que la surveillance clinique étroite peut accroître les risques de développer des problèmes sérieux ou de ne pas recevoir de traitements pour des complications²³.

Les professionnelles en soins doivent vivre au jour le jour avec ce phénomène. Sans surprise, un ratio inadéquat et des absences non remplacées²⁴ signifient souvent des soins omis par les professionnelles en soins, qui peuvent résulter en des événements indésirables pour les patient-e-s.

Que sont les événements indésirables ? Ce sont les événements tels que les accidents et les erreurs qui se produisent dans les établissements de santé, avec des conséquences parfois désastreuses.

Tous ces événements ne sont pas liés aux soins infirmiers, mais un certain nombre le sont²⁵ et ils représentent des coûts importants. Une étude démontre que, pour seulement onze hôpitaux du Québec, des événements indésirables liés aux soins infirmiers ont entraîné des durées de séjour accrues pour les 166 patient-e-s qui en ont souffert, de même que, bien sûr, des coûts de traitement additionnels par jour²⁶:

| | | |
|---|---|--|
| Plaies de pression avec conséquence | = | + 7,5 jours d'hospitalisation, 1 351 \$/jour |
| Chutes avec conséquence | = | + 7,3 jours, 139 \$/jour |
| Erreurs dans l'administration des médicaments | = | + 4 jours, 496 \$/jour |
| Pneumonies acquises lors des soins | = | + 12,3 jours, 272 \$/jour |
| Infections urinaires développées à l'hôpital | = | + 8,6 jours, 170 \$/jour |

Une plaie de pression est une lésion de la peau et des tissus qui survient lorsque ceux-ci sont comprimés entre un os (par exemple un coude) et une surface (par exemple un lit) pendant une période de temps prolongée. La plaie de pression peut aller d'une rougeur à une dégradation de la peau qui laisse apparaître l'os, le tendon ou le muscle. Les personnes âgées y sont particulièrement vulnérables²⁷.

Au total, c'est plus de 1300 jours d'hospitalisation supplémentaires et des frais estimés à plus de 600 000\$ en traitements additionnels seulement pour les événements indésirables vécus par ces 166 patient-e-s. **Imaginez l'ampleur du problème pour l'ensemble du Québec!**

Certains événements ne peuvent être prévenus. Cependant, on doit s'attarder sur l'organisation des soins afin que les professionnelles en soins puissent être dans de bonnes conditions pour soigner les patient-e-s, donner tous les soins requis et prévenir tout ce qui peut l'être. Parmi les mesures possibles à cet égard, le fait d'avoir un nombre suffisant de professionnelles en soins pour s'occuper des patient-e-s est essentiel. **C'est même parfois une question de vie ou de mort.**

« J'étais occupée en salle de réanimation avec la patiente ayant besoin de soins et TOUT l'hôpital se retrouvait sans inhalothérapeute [...]. PAR CHANCE, il n'y a eu aucun accouchement en cours à ce moment, PAR CHANCE il n'y a eu personne d'autre en salle de réanimation à ce moment, PAR CHANCE aucun autre patient de l'hôpital n'a décompensé à ce moment précis. Ma collègue, malgré ses efforts, n'a pas pu terminer la charge totale [...], donc certains n'ont pas reçu leur traitement ou leur examen. Et ce, malgré le fait que ma collègue et moi n'ayons pris aucune pause durant toute la nuit et que je n'aie eu aucune heure de repas. Je crois donc que la situation aurait pu être pire si un autre cas majeur s'était présenté à l'hôpital. De plus, malgré tous nos efforts certains patients ont subi des préjudices quant à leur état de santé. »

– Inhalothérapeute

Les incidents et les accidents dans les milieux de soins au Québec : 1326 par jour!

Pour la population en général, le domaine de la santé peut sembler particulièrement sécuritaire. Cependant, d'avril 2015 à mars 2016, 484 021 incidents et accidents ont été déclarés au Québec²⁸, soit en moyenne 1 326 événements indésirables par jour! Les événements indésirables sont plus fréquents en centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) (43,5%) et en centre hospitalier (CH) (43,2%). Bien que leur déclaration soit obligatoire, il est raisonnable de croire, selon la FIQ, que les incidents et les accidents soient sous-déclarés étant donné la loi du silence qui règne dans les établissements de santé, certains gestionnaires décourageant la déclaration de tels événements.

Les événements déclarés le plus fréquemment sont les chutes (35%) et les erreurs liées à la médication (28%). Les plaies de pression constituent 4,8% des événements déclarés au Québec. Les chutes seraient plus fréquentes en CHSLD, en centres locaux de services communautaires (CLSC), qui desservent notamment les patient-e-s de soins à domicile, et en centre de réadaptation pour déficience intellectuelle (CRDI). À l'inverse, les erreurs liées à la médication sont surtout déclarées en CH, en centre jeunesse (CJ) et en centre de réadaptation en déficience physique (CRDP). Parmi les événements ayant mené au décès de patient-e-s, 51,2% concernaient des chutes.

La FIQ se doit de noter que de tels événements sont liés à la composition de l'équipe de soins et au nombre de professionnelles en soins s'occupant des patient-e-s, selon des études crédibles²⁹.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mis en place différentes mesures visant notamment à diminuer les chutes et les erreurs liées à la médication. Cependant, il ne s'attaque pas à la véritable source du problème. Bien que la FIQ reconnaisse que de plus en

plus d'attention est donnée à la gestion des risques, il n'empêche que les décideurs ignorent les données probantes qui identifient la mise en place d'une équipe de soins sécuritaire comme étant nécessaire à la qualité des soins.

« Nous travaillons à moins 2 personnes de nuit [...] et plusieurs patientes sont en travail [...]. Durant toute la nuit, nous avons suffi de peine à la tâche en souhaitant une fois de plus être “chanceuses” et cette situation est fréquente et connue, mais nous ne voyons aucun changement [...]. De façon régulière les [patientes] sont en danger par cette situation [...]. »

- Infirmière en périnatalité



SAVIEZ-VOUS QUE ?

Incidents et accidents sous la loupe

ACCIDENT :

« Action ou situation où le risque se réalise et est, ou pourrait être, à l'origine de conséquences sur l'état de santé ou le bien-être de l'utilisateur³⁰. »

INCIDENT :

« Action ou situation qui n'entraîne pas de conséquence sur l'état de santé ou le bien-être d'un usager, mais dont le résultat est inhabituel et qui, en d'autres occasions, pourrait entraîner des conséquences³⁰. »

AU QUÉBEC :

- Ce sont les femmes (53,8 %) et les personnes âgées de plus de 75 ans (53,5 %) qui sont les plus fréquemment touchées par des incidents et des accidents durant les soins et services qu'elles reçoivent.
- Près de 70 % des chutes et de 50 % des erreurs déclarées liées à la médication surviennent chez les patient-e-s de 75 ans et plus.

AU CANADA :

- Le taux d'événements indésirables est estimé à 7,5 % pour les patient-e-s admis-e-s dans les hôpitaux. De ces événements indésirables, près de 37 % auraient pu être prévenus et près de 21 % ont mené au décès du-de la patient-e³¹.
- Le fardeau économique des événements indésirables en soins aigus au Canada en 2009-2010 était estimé à 1,1 milliard de dollars, dont près de 400 millions liés à des événements qui auraient pu être prévenus. Cette estimation n'inclut pas les coûts des soins posthospitalisation ni les coûts sociaux de la maladie³².
- Selon les études, les coûts moyens des erreurs liées à la médication sont de 4 028 \$ par événement, celui des infections acquises en milieu hospitalier varie entre 2 265 \$ et 22 400 \$³³.

La fatigue des professionnelles en soins: un risque bien réel

Une équipe de soins qui n'est pas créée en ayant comme objectif premier la sécurité des patient-e-s cause de la fatigue aux professionnelles en soins. Aussi, en plus d'être surchargées durant leur quart de travail, le manque de planification des gestionnaires fait en sorte qu'elles doivent fréquemment rester au travail en heures supplémentaires, parfois de façon obligatoire.

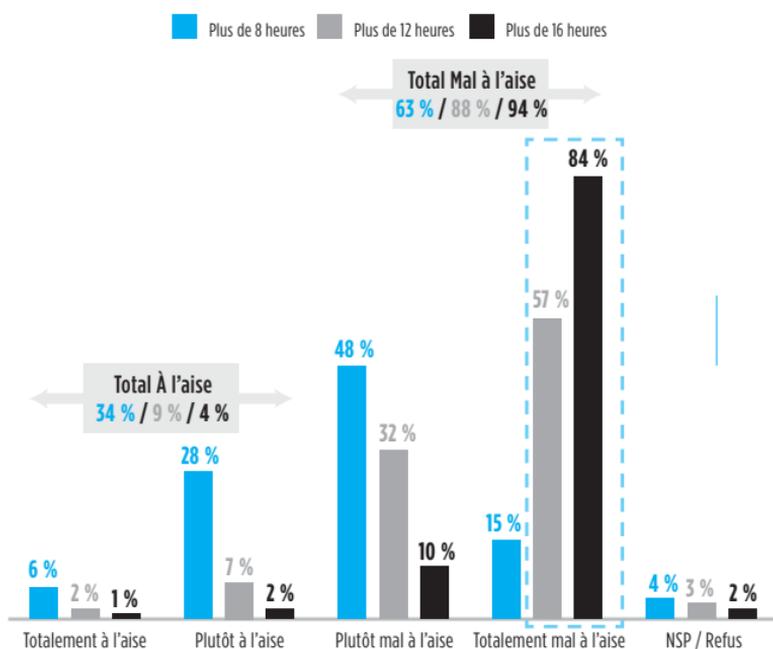
Il s'agit d'un phénomène important: en 2014-2015, 4,5 millions d'heures supplémentaires ont été réalisées uniquement par les infirmières québécoises³⁴. Un tribunal a d'ailleurs donné raison à des membres de la FIQ qui soutenaient que l'établissement de santé qui les emploie avait des équipes de travail insuffisantes, qu'il ne remplaçait pas les absences de longue durée et utilisait les heures supplémentaires obligatoires de façon systématique, plutôt qu'exceptionnelle³⁵.

Et vous, seriez-vous à l'aise d'être soigné-e par une infirmière, une infirmière auxiliaire ou une inhalothérapeute qui est au travail depuis 12, voire 16 heures?

Interrogé-e-s à ce sujet (Léger, août 2017), les Québécois-e-s sont formel-le-s: non, ils-elles ne sont pas à l'aise de recevoir des soins d'une professionnelle qui travaille depuis un trop grand nombre d'heures. Ils sont 63% à se dire mal à l'aise de recevoir des soins d'une professionnelle en soins après 8 h de travail, 88% après 12 h et 94% après 16 h de travail. Ce sont pourtant des situations vécues de façons récurrentes par les professionnelles en soins, des situations qui mettent la sécurité de la population et la leur à risque. À titre indicatif, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommande de limiter les heures de travail des infirmières à un **maximum** de 12 heures par jour ou de 48 heures par période de 7 jours, y compris les périodes de garde et de transfert de dossiers³⁶.

La population a exprimé un malaise à recevoir des soins d'une professionnelles en poste depuis de trop longues heures. Elle est conséquemment fortement en faveur

Seriez-vous à l'aise de recevoir des soins d'une infirmière ou d'une infirmière auxiliaire qui travaille depuis...



Étant un petit nombre de professionnels, le tour de garde arrive rapidement (une à deux fois par semaine, plus parfois les fins de semaine). Plus souvent qu'autrement nous sommes appelés à travailler pendant la totalité de celle-ci (24 h consécutives). Nous sommes plusieurs à avoir travaillé plus de 35-40 heures en une fin de semaine, sans congé alloué par l'employeur la semaine suivante pour se reposer. Alors je me demandais si après toutes ces heures, nos dirigeants pensent que nous pouvons encore offrir des soins sécuritaires à la population. Je me demande surtout si celle-ci, une fois informée, accepterait d'être prise en charge par quelqu'un qui a travaillé autant d'heures sans combler ses besoins physiologiques depuis plusieurs heures (dormir, boire, manger)? »

– Perfusionniste cliniques au bloc opératoire

Forcée de travailler 16 heures de suite, elle appelle la police

En février 2016, une infirmière auxiliaire travaillant en CHSLD a posé un geste frappant pour dénoncer ce qu'elle vivait au travail. Ne pouvant quitter son poste après son quart de travail, elle a pris le téléphone et a composé le 911.

Cette journée-là, la mère de famille a appris à la fin de ses heures de travail, à 15 h 30, qu'elle devait travailler 8 h de plus, soit jusqu'à 23 h 30. Elle devait aller chercher sa fille à l'école, mais on lui a fait comprendre qu'elle avait intérêt à trouver une gardienne immédiatement et qu'elle ne pouvait quitter son poste.

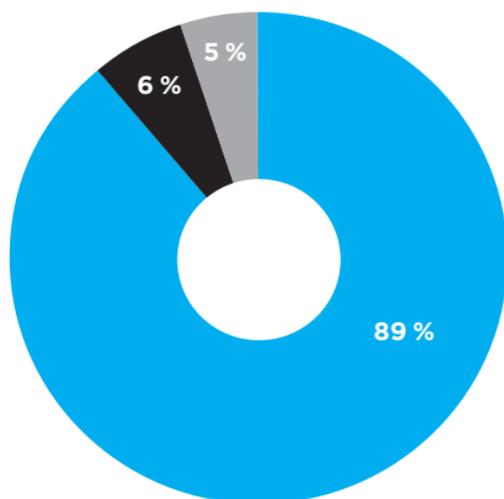
L'infirmière auxiliaire est demeurée au travail ce soir-là. Pendant sa pause-repas, elle est allée chercher sa fille à l'école, et a appelé le 911. «Je leur ai dit que j'étais séquestrée au travail, dit-elle sans regret. Il faut dénoncer, sinon rien ne va changer!» Quand le policier est arrivé au CHSLD, un remplaçant avait été trouvé.

(Basé sur Journal de Montréal, Héroïse Archambault, 22 avril 2016)

d'un plafond à ce nombre d'heures. «Devrait-il y avoir un maximum d'heures consécutives au travail pour les infirmières et les infirmières auxiliaires dans le réseau de la santé au Québec?» Elle répond oui à 89% (Léger, 2017).

Une équipe de soins insuffisante engendre pour les professionnelles en soins un nombre d'heures de travail qui risque de ne pas être sécuritaire. Sans surprise, c'est nuisible pour les patient-e-s: les professionnelles en soins peuvent être moins alertes et attentives ou elles peuvent ne pas être en mesure de résoudre des problèmes ou de prendre les bonnes décisions au bon moment³⁷. Malheureusement, des accidents déplorables peuvent avoir lieu lorsque la gestion du personnel sur les

Devrait-il y avoir un maximum d'heures consécutives au travail pour les professionnelles en soins du réseau de la santé au Québec?



■ Oui ■ Non ■ NSP/Refus

unités fait défaut. La fatigue des professionnelles en soins nuit aussi au système de santé, car elles peuvent vivre de l'épuisement émotionnel, subir un accident de travail ou avoir à s'absenter.

Mettons-y fin! Les ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s s'imposent comme solution pour:

- permettre des équipes de soins adéquates;
- assurer aux professionnelles en soins des heures de travail sécuritaires;
- faire en sorte qu'elles puissent prodiguer tous les soins au meilleur de leurs capacités, dans l'intérêt des patient-e-s du Québec.



LES PROFESSIONNELLES
EN SOINS ET
**LES ORGANISMES
DE PROTECTION
DU PUBLIC EN ALERTE**

LES PROFESSIONNELLES EN SOINS ET LES ORGANISMES DE PROTECTION DU PUBLIC EN ALERTE

Les professionnelles en soins témoignent

Les professionnelles en soins membres de la FIQ se sont dotées d'un outil d'action pour concrétiser leur engagement envers la santé des Québécois-es: un formulaire de soins sécuritaires. Ce formulaire leur permet d'alerter leur équipe syndicale dans le cas où la situation les empêche de donner des soins sécuritaires aux patient-e-s et que les gestionnaires des établissements ne remédient pas à cette situation.

En moins d'un an, près de 2000 formulaires montrant des situations inacceptables, qui se poursuivent malgré leur intervention, ont été remplis et elles continuent de le faire chaque jour depuis juin 2016. Ce sont autant de situations où souvent les patient-e-s n'ont pas pu recevoir les meilleurs soins possibles, et parfois même où des événements graves étaient à risque de survenir parce qu'elles étaient dans des conditions de pratique propices aux erreurs.

« Certains patients n'ont tout simplement pas été vus durant le quart de travail de jour.[...] Les appels fusent de toute part pour des patients qui nécessitent des traitements [...], des évaluations [...]. Bref, impossible d'assurer un suivi adéquat avec les patients, impossible de donner les traitements requis à la fréquence requise. Épuisant. Les patients doivent patienter pour être soulagés. »

– Inhalothérapeute

Que contiennent ces témoignages ?

- Plus de 40% ont déclaré qu'elles avaient été incapables d'effectuer l'ensemble des soins requis par leurs patient-e-s. Dans les CHSLD, c'est près de 50%;
- Dans plus de 52% des cas, les quarts de travail visés par les formulaires comptaient des professionnelles exerçant en heures supplémentaires (quand les professionnelles en soins étaient en mesure de le savoir);
- Près de 1 formulaire sur 5 a relevé que sur le quart de travail, il y avait eu remplacement d'un titre d'emploi par un autre, c'est-à-dire qu'une infirmière auxiliaire a été ajoutée lorsqu'il manquait une infirmière, ou encore, qu'une infirmière auxiliaire effectuait les tâches d'un-e préposé-e aux bénéficiaires, etc.;
- Dans 59,4% des cas, les absences n'étaient pas toutes remplacées (lorsque les professionnelles en soins étaient en mesure de l'évaluer).



Actuellement, dans notre point de service, chaque jour il manque de 2 à 5 infirmières [...] et elles ne sont pas remplacées... ce qui fait que nous avons une surcharge de travail, mais aussi, ce sont les patients qui écopent... soit on repousse la visite au soir ou au lendemain sans les aviser... ce qui fait que quand une infirmière arrive, elle se fait engueuler par le patient qui était inquiet de ne pas avoir sa visite... et avec raison ! »

- Infirmière en soins à domicile

Doit-on vraiment laisser aux gestionnaires la latitude de décider du nombre de professionnelles en soins présentes sur le plancher sans balises établies? Ou bien, doit-on déterminer une norme sécuritaire et s'assurer qu'elle soit respectée partout où elle s'applique et en tout temps?

Le réseau de la santé considère parfois les patient-e-s comme des « client-e-s », mais les professionnelles en soins savent que vous êtes bien plus. Vous êtes des personnes, et des citoyen-ne-s. Vous vous présentez aux professionnelles en soins dans des situations où vous êtes souvent vulnérables. Elles souhaitent prendre soin de vous en mettant à profit toutes leurs compétences, et avec humanisme, empathie et compassion.

« Il arrive très fréquemment, surtout ces temps-ci, que nous soyons tellement surchargées de travail que nous n'avons pas le temps d'effectuer notre travail de façon sécuritaire pour le patient, tel que réviser le dossier du patient, relever les prescriptions et prendre le temps de bien effectuer les techniques. Nous effectuons environ deux fois la quantité normale de travail actuellement chaque nuit ou presque depuis plusieurs semaines, comme plusieurs à l'hôpital, ce qui engendre des erreurs de médication [...]. Dans des conditions de travail normales, ces problèmes ne surviendraient pas, car nous pourrions faire tel que notre Ordre demande : relever les prescriptions avant chaque traitement au patient. Ceci n'est AUCUNEMENT possible présentement puisque nous courons partout dans l'hôpital. L'employeur ne prévoit pas d'autres gens sur le plancher malgré l'augmentation de la charge de travail incroyable ces temps-ci. »

– Inhalothérapeute

Le Protecteur du citoyen dénonce des pratiques de gestion inadéquates

Dans son rapport annuel³⁸, le Protecteur du citoyen souligne l'importance de répondre aux besoins et aux attentes des patient-e-s et de favoriser leur bien-être. Par exemple, en CHSLD, il fait état de plaintes en lien avec de « longs délais de réponse aux demandes d'assistance aux besoins d'élimination, un niveau d'aide insuffisant pour l'alimentation et les soins d'hygiène, un manque d'employés et un roulement de personnel déstabilisant ainsi qu'un milieu de vie non stimulant ». Il déplore que « **des pratiques de gestion et de supervision déficientes et inadéquates font perdurer des situations inacceptables** » et qu'en « agissant de la sorte [...] **les gestionnaires abdiquent leurs responsabilités à l'égard du bien-être des résidents** ».

Des rapports d'intervention et d'enquête³⁹ dans d'autres centres d'hébergement mettent aussi en lumière divers problèmes de qualité des soins: multiplication de transferts entre milieux de vie pour un-e patient-e souffrant de problèmes cognitifs dus à des problèmes dans l'évaluation de ses besoins, manque de surveillance clinique des résident-e-s, peu de notes à leur dossier, suivi des plaies laissant à désirer, manque de soins d'hygiène buccale, etc. Au vu de la surcharge de travail qui règne dans le réseau de la santé, cela est malheureusement peu étonnant.

Le Bureau du coroner enquête

Les événements indésirables les plus graves ont mené au décès de patient-e-s, qui ont dû payer de leur vie pour des décisions de gestion à courte vue qui nuisent à la sécurité des soins et des services de santé. Cette situation est inacceptable!

SAVIEZ-VOUS QUE?

Au cours des dernières années, le Bureau du coroner a formulé des recommandations relatives aux équipes de soins, à la suite de regrettables décès de patient-e-s. Pour favoriser la sécurité des soins en CHSLD, il a notamment été recommandé de :

- « ■ diminuer les ratios de patients par infirmière⁴⁰ ;
- s'interroge[r] fortement sur la possibilité d'augmenter [la présence du] personnel de nuit⁴¹ ;
- tente[r] de stabiliser son personnel⁴² ».

N'attendons pas que de nouveaux événements se produisent !

175 patient-e-s pour une seule infirmière

Une seule infirmière pour 175 résident-e-s d'un CHSLD ! Vraiment ? Cette situation s'est bel et bien produite dans la région de Québec et a mené à des erreurs graves, selon les conclusions de l'enquête du coroner. Le 21 septembre 2015, un patient a reçu cinq doses de Dilaudid deux fois trop concentré et est décédé.

Le syndicat a dénoncé la surcharge de travail de la professionnelle en soins. La mère du patient décédé partageait aussi cet avis. « L'infirmière avait trois étages à s'occuper », a-t-elle affirmé, prenant bien soin d'indiquer qu'elle ne blâmait pas cette personne. « C'est une course folle. »

Et la coroner l'a écrit noir sur blanc dans son rapport : « La cause principale des erreurs ce soir-là semble être la surcharge de travail ».

(Basé sur Philippe Teisceira-Lessard, La Presse, 19 nov. 2016)

VIEILLIR DANS LA DIGNITÉ ?



VIEILLIR DANS LA DIGNITÉ ?

La situation des personnes âgées en grande perte d'autonomie et en fin de vie est particulièrement préoccupante. Les manchettes nous alertent régulièrement sur des situations déchirantes, fruit du sous-financement des CHSLD et des soins à domicile. Les problèmes de manques d'effectifs y sont aussi criants et les ratios professionnelles en soins/patient-e-s atteignent des sommets de dangerosité. **Souhaitons-nous que nos proches – ou nous-mêmes – aient un jour à recevoir des soins dans un contexte qui compromet carrément leur sécurité ?**

Le MSSS a réagi à des situations de ce type en annonçant un budget de 65 millions à l'automne 2016 et de 36 millions à l'automne 2017 pour augmenter les effectifs en CHSLD. Ce sont des sommes dérisoires compte tenu du nombre de patient-e-s en CHSLD. De plus, cette initiative ne peut se qualifier véritablement de ratios sécuritaires, notamment puisqu'elle est basée sur des normes budgétaires, plutôt que sur les besoins des patient-e-s, qui sont de plus en plus complexes.

Les CHSLD, des « mini-hôpitaux », sans le personnel requis

Avez-vous encore en tête l'image de personnes âgées qui arrivaient au CHSLD au volant de leur voiture ? La réalité est tout autre. Afin d'évaluer certains besoins des aîné-e-s en perte d'autonomie, on utilise un outil, l'ISO-SMAF, qui permet de classer les patient-e-s du niveau 1 (plus autonomes) au niveau 14 (nécessitant une assistance complète)⁴³. L'objectif du MSSS est que 85 % des personnes nouvellement admises en CHSLD aient un profil ISO-SMAF de 10 à 14⁴⁴.

Les résident-e-s sont donc admis-e-s en CHSLD en lourde perte d'autonomie, atteint-e-s de limitations cognitives et physiques importantes⁴⁵. Un nombre

croissant de résident-e-s ont besoin de soins aigus et près de 2 personnes sur 10 décèdent au cours de l'année, ce qui nécessite des soins de fin de vie, dont des soins palliatifs⁴⁶. Le personnel requis n'est pas au rendez-vous pour répondre à leurs besoins. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec constate des lacunes importantes dans les conditions d'exercice des infirmières en CHSLD, principalement en ce qui a trait au nombre insuffisant d'effectifs infirmiers⁴⁶.

Quant au nombre de places en CHSLD publics et privés conventionnés, il ne cesse de diminuer : 3 264 places ont disparu depuis 2009⁴⁷, alors qu'en ce moment même près de 2 900 personnes sont en attente d'une place⁴⁸. Mais quels sont les choix pour les aîné-e-s et leurs proches ? Les coûts d'hébergement en résidences privées pour les aîné-e-s non autonomes sont prohibitifs pour la très grande majorité d'entre eux-elles⁴⁷. La FIQ est, de toute façon, convaincue que le réseau public de santé est le mieux adapté pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie.

Pour les soins à domicile, même si le gouvernement affirme qu'il s'agit d'une priorité, les investissements sont bien modestes et ne répondent qu'à une part infime des besoins des patient-e-s⁴⁹. À titre d'exemple, environ 16 500 personnes étaient en attente de soins et de services à domicile en 2015, le délai d'attente moyen se situant entre 6 mois et un an⁵⁰. Cela n'est pas surprenant lorsqu'on sait que selon les dernières données disponibles, le Québec dépensait 79,86 \$ par habitant-e pour les soins à domicile, alors que la moyenne canadienne était de 93,59 \$, loin derrière le Nouveau-Brunswick avec des dépenses de 163,35 \$⁵¹. Certain-e-s aîné-e-s se tournent vers le secteur privé pour avoir des services à domicile, mais tous ne le souhaitent pas ou ne sont pas en mesure de le faire. Résultat : les proches sont forcé-e-s de prendre le relais.

Les Québécois-es se sentent responsables du bien-être de leurs proches âgé-e-s et sont prêt-e-s à y consacrer temps et énergie. Toutefois, ce n'est pas l'ensemble des aîné-e-s qui a un tel réseau social. Par ailleurs, lorsque les proches aidant-e-s sont présent-e-s pour les aîné-e-s, l'impact sur leur situation doit être pris en compte. De ces proches aidant-e-s d'aîné-e-s, près de 60% sont des femmes, plus de la moitié occupent un emploi, environ le quart offrent des soins médicaux ou personnels, et 99% d'entre eux-elles affirment que leur rôle a une incidence sur leur propre santé⁵². Les données canadiennes indiquent que 30% des femmes qui prennent soin d'un-e proche s'absentent du travail, que 6,4% d'entre elles devancent leur retraite, démissionnent de leur emploi rémunéré ou sont congédiées, tandis que 4,7% doivent refuser un emploi ou une promotion⁵³.



Selon moi et plusieurs autres collègues, il y a déshumanisation envers les patients et certains patients ne demandent que quelques instants pour nous parler, dommage, on ne peut plus se permettre de donner ces moments si précieux à nos aînés. C'est honteux. Mais on essaie de donner le meilleur de nous-mêmes et cela avec le sourire. »

– Infirmière auxiliaire en soins de longue durée



Combien de minutes de soins par patient-e en CHSLD?

Avec des équipes de soins aussi peu nombreuses, le temps pour chaque patient-e devient une denrée rare, souligne le Vérificateur général du Québec⁵⁴ dans ce tableau sur le temps moyen de soins par patient-e par 24 heures dans 6 CHSLD :

| Semaine | Infirmières | Infirmières auxiliaires | Préposés aux bénéficiaires | TOTAL* - Minutes disponibles pour tous les soins incluant alimentation et hygiène |
|----------------|----------------|-------------------------|----------------------------|--|
| Jour | 8 à 29 minutes | 8 à 20 minutes | 50 à 75 minutes | 78 à 102 minutes |
| Soir | 4 à 29 minutes | 0 à 19 minutes | 30 à 49 minutes | 52 à 85 minutes |
| Nuit | 2 à 13 minutes | 0 à 8 minutes | 8 à 30 minutes | 24 à 32 minutes |
| Fin de semaine | | | | |
| Jour | 4 à 11 minutes | 0 à 20 minutes | 26 à 75 minutes | 37 à 86 minutes |
| Soir | 4 à 11 minutes | 0 à 19 minutes | 16 à 49 minutes | 21 à 66 minutes |
| Nuit | 2 à 5 minutes | 0 à 8 minutes | 3 à 30 minutes | 10 à 32 minutes |

* Les totaux ne correspondent pas à l'addition des colonnes puisque, « à des fins de comparaison, le temps moyen quotidien a été calculé en fonction d'un quart de travail de 7 heures. Dans les faits, il peut varier en moyenne de 7 à 8 heures selon le type de personnel⁵⁴ ».

Si seulement ces quelques minutes étaient disponibles pour offrir un soutien psychosocial aux patient-e-s et passer du temps de qualité avec eux-elles, mais il n'en est rien! Imaginez, si peu de temps disponible pour donner tous les soins requis par des personnes âgées vulnérables (médicaments, examens de laboratoire, évaluation et surveillance de leur état de santé, mise à jour de leur dossier, etc.), mais aussi pour leur offrir l'assistance requise pour des activités de leur vie quotidienne (se nourrir, se laver, aller à la salle de bain, etc.).

Pourquoi la population québécoise en CHSLD mériterait-elle si peu, alors que la situation est tout autre ailleurs dans le monde? Par exemple, dans l'État australien de Victoria, les professionnelles en soins infirmiers en CHSLD sont responsables d'un maximum de 7 patient-e-s le jour, 8 patient-e-s le soir et 15 patient-e-s la nuit depuis l'adoption de ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s.

Un nombre suffisant de professionnelles en soins pour répondre adéquatement aux besoins des aîné-e-s, tant en hébergement qu'à domicile, est incontournable pour offrir à notre population des soins de qualité, sécuritaires et humains.

« Je n'ai pas le temps de parler avec mes résidents, à peine quelques phrases. Je voudrais faire de meilleures évaluations et de meilleurs suivis, mais la charge de travail est trop lourde. J'ai 40 patients, la plupart lucides, avec une panoplie de diagnostics. Nous trouvons que nous travaillons à un rythme à la chaîne. C'est inhumain. »

– Infirmière en soins de longue durée

LES RATIOS
SÉCURITAIRES :
**UNE SOLUTION
APPLIQUÉE AVEC
SUCCÈS AILLEURS
DANS LE MONDE**

LES RATIOS SÉCURITAIRES : UNE SOLUTION APPLIQUÉE AVEC SUCCÈS AILLEURS DANS LE MONDE

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, de l'Ontario et du Québec afin de discuter des enjeux et des développements récents. Le symposium a été l'occasion de débattre ensemble des mesures à prendre pour assurer des soins de qualité, sécuritaires et humains à la population québécoise. Cet événement a démontré que la situation actuelle du réseau de la santé n'est pas « incurable »: le réseau peut être soigné.



Les ratios sécuritaires sont une réalité, ils sont la norme quotidienne pour les professionnelles en soins californiennes et celles de l'État de Victoria en Australie. 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 difficiles⁵⁵, et donc peu attrayants.

La California Nurses Association, pionnière des ratios professionnelle en soins/patient-e-s

Au début des années 1990, la *California Nurses Association* (CNA) a entamé une lutte historique qui l'a menée ultimement à une loi édictant des ratios en centre hospitalier pour l'ensemble des unités de soins, adoptée en 1999 et mise en application le 1^{er} janvier 2004. En primeur mondiale, cette loi prévoyait des ratios de base pour les infirmières et les infirmières auxiliaires, qui peuvent être bonifiés selon les besoins des patient-e-s.

L'Australian Nursing and Midwifery Federation, Australie, État de Victoria

Le quotidien des professionnelles en soins de l'État de Victoria, en Australie, ressemblait à celui de la Californie. En 2000, devant l'abondance de témoignages des patient-e-s, des familles et des professionnelles en soins, la commission des relations industrielles a pris la décision d'inclure les ratios à la convention collective de l'État. Un 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, ce qui a mené, en 2015, à l'adoption d'une loi: le *Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Bill*.



Les effets positifs des ratios sécuritaires

Les ratios ont clairement atteint leur double objectif : rendre les professionnelles en soins disponibles pour leurs patient-e-s et améliorer, par le fait même, la qualité et la sécurité des soins. En Californie, les effets suivants sont déjà documentés :

- L'implantation de la législation sur les ratios a permis d'augmenter de 30 à 60 minutes le temps que les professionnelles en soins passent au chevet de leurs patient-e-s chaque jour⁵⁶.
- Le taux de mortalité était plus bas en Californie que dans les deux autres États étudiés à titre de comparaison. Concrètement, si les ratios californiens étaient appliqués au New Jersey et à la Pennsylvanie, ces États compteraient respectivement 13,9 et 10,6% moins de morts des suites d'une chirurgie⁵⁷.
- 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 patient-e-s hospitalisé-e-s notamment pour un problème cardiaque ou une pneumonie^{58, 59}.
- Le temps d'attente à l'urgence augmente de 16% et le temps avant d'obtenir des soins à l'urgence grimpe de 37% lorsque les ratios ne sont pas respectés⁶⁰.
- La qualité des soins s'est améliorée à la suite de l'implantation de la législation sur les ratios, du point de vue de 74% des infirmières en soins directs et de 68% des infirmières-chefs d'unités et de leurs assistantes⁵⁷.
- Une réduction des accidents de travail de 31,6% pour les infirmières et 38,2% pour les infirmières auxiliaires a été observée, en comparant la période précédant les ratios (1999-2003) et les quatre premières années de mise en œuvre des ratios (2005-2009)⁶¹. Ces statistiques sont non négligeables lorsqu'on sait que la perspective de demeurer en santé au travail est un important critère de rétention des professionnelles en soins et que les coûts pour les remplacer sont très élevés pour les employeurs du réseau.

AU QUÉBEC,
LE GOUVERNEMENT
AGIT-IL VRAIMENT
**POUR LA SÉCURITÉ
DES SOINS ?**

AU QUÉBEC, LE GOUVERNEMENT AGIT-IL VRAIMENT POUR LA SÉCURITÉ DES SOINS ?

Que fait le gouvernement du Québec devant des données scientifiques rigoureuses soulignant l'importance d'avoir des équipes de soins suffisantes ?

On ne peut manquer de souligner que l'ensemble des travaux de réorganisation du réseau (fusions des établissements en CISSS et en CIUSSS) ont mobilisé l'attention et les énergies du ministre de la Santé et des gestionnaires des établissements. Ils gèrent le réseau de la santé à courte vue, alors qu'il s'agit de la richesse collective des Québécois-es. Pourtant, agir pour favoriser la sécurité des soins est bénéfique tant pour les patient-e-s que pour les professionnelles en soins et pour le réseau de la santé et des services sociaux en général, et cela pourrait aider à rebâtir la confiance de la population dans le réseau public de santé. Ailleurs dans le monde, des ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s, permettant d'avoir des équipes de soins suffisantes et adaptées aux besoins des patient-e-s, ont été implantés avec succès.

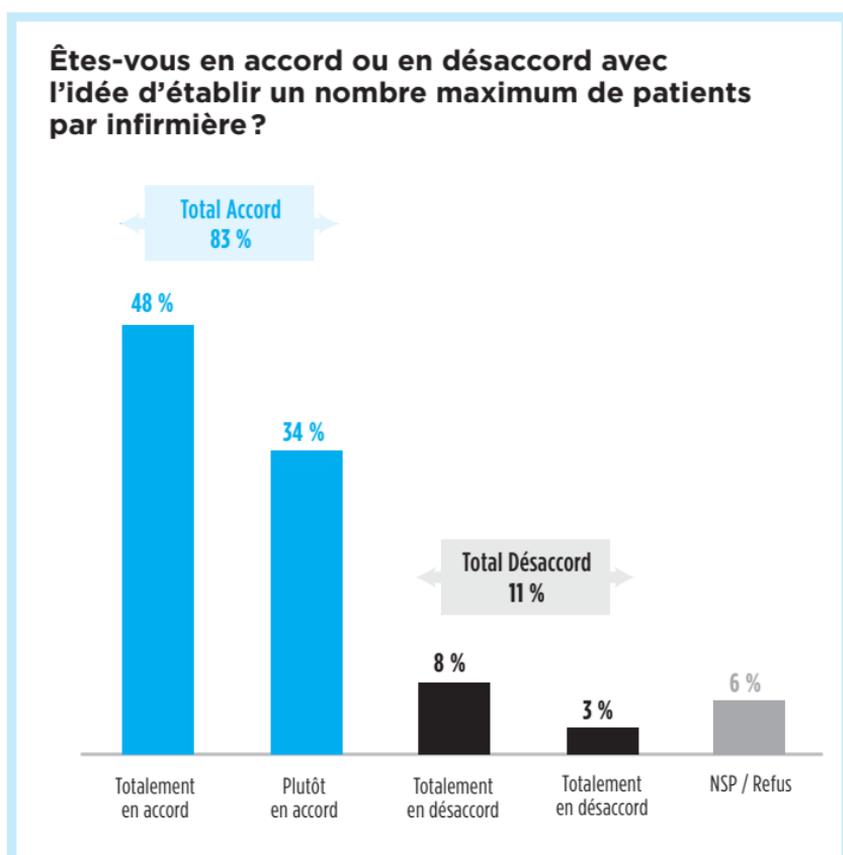
En toute logique

Actuellement, les gestionnaires du réseau de la santé sont imputables de leur budget, mais peu d'entre eux sont tenus responsables de la sécurité et de la qualité des soins. En effet, contrairement aux professionnelles en soins qui doivent respecter un code de déontologie, peu de mesures sont mises en place pour encadrer les actions des gestionnaires et, ainsi, protéger les patient-e-s. Malheureusement, très peu de données sont compilées dans bon nombre d'établissements de santé. Il n'y a d'ailleurs pas de contrôle systématique des indicateurs de l'état de santé des patient-e-s. Certaines directions cliniques comme la direction des soins infirmiers ont perdu leur pouvoir décisionnel au fil des réformes du réseau de la santé et jouent maintenant souvent un rôle-conseil.

Ainsi, en tenant peu compte des problèmes de santé qui auraient pu être prévenus, comme une chute, une plus longue hospitalisation, la contraction d'une infection à l'hôpital ou même un décès, le système crée des coûts importants pour le réseau de la santé, mais aussi de la souffrance.

La population prête pour les ratios!

Après toutes ces réformes de structure qui ne tiennent pas leurs promesses, la population est prête à appuyer des mesures simples, concrètes et qui feront une différence dans la qualité des soins qui lui sont offerts. À la question «Êtes-vous en accord ou en désaccord avec l'idée d'établir un nombre maximum de patient-e-s par infirmière?», la réponse est sans équivoque. (Léger, août 2017)



L'action de la FIQ pour des ratios sécuritaires

Soucieuse de la santé de la population, la FIQ a déjà commencé à revendiquer des ratios sécuritaires en santé au Québec. En effet, la FIQ a obtenu un gain historique dans le cadre de sa négociation nationale: la mise en place d'un comité national paritaire sur les ratios qui a pour mandat d'étudier la pertinence et la faisabilité des ratios professionnelles en soins/patient-e-s au Québec par la mise en place de projets pilotes. Le comité a amorcé ses travaux à l'automne 2016. En comptant sur une participation ouverte et active du ministère de la Santé et des Services sociaux, ces projets pilotes devraient démontrer une fois de plus l'incidence directe des ratios sécuritaires sur le bien-être des patient-e-s.

Avec ces projets pilotes, nous espérons qu'il ne sera plus possible pour nos décideur-euse-s d'ignorer l'importance d'avoir un nombre suffisant de professionnelles en soins dans le réseau. Qu'il ne sera plus possible de couper dans l'essentiel, parce que c'est plus facile de couper dans les postes de professionnelles en soins que dans les autres postes budgétaires, comme la rémunération des médecins.

La publication de ce Livre noir sur la sécurité des soins et l'ensemble des interventions qui l'accompagne sont au cœur des actions de la FIQ pour alerter la population québécoise face à ce qui se vit actuellement dans le réseau québécois de la santé et pour proposer une solution concrète et applicable, celle des ratios sécuritaires. **Ces actions se poursuivront tant que le réseau, le ministre et les gestionnaires n'auront pas compris qu'il leur faut miser sur les forces vives que sont les professionnelles en soins. Elles ne demandent qu'à donner les meilleurs soins possibles. Il faut leur en donner les moyens.**

CONCLUSION



CONCLUSION

Témoignages, études, expériences internationales, sondages, tout pointe vers la mise en place de ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s. Lorsqu'ils seront une norme incontournable, ils permettront de :

- Contribuer à donner aux patient-e-s et aux professionnelles en soins les conditions pour donner et recevoir des soins de façon sécuritaire;
- Diminuer les événements indésirables et les obstacles aux soins: décès, chutes, douleur, erreurs de médicaments, infections, plaies de pression, réadmissions, délais pour recevoir des soins, etc.;
- Réduire certains coûts liés aux événements évitables, des coûts directs pour le réseau de la santé et des coûts indirects pour la société (absentéisme, etc.);
- Réduire de façon importante les souffrances physique et morale, dont l'impact est extrêmement important pour les patient-e-s et leurs proches;
- Diminuer la charge de travail, stabiliser les équipes de soins, mieux planifier les ressources, attirer de nouvelles professionnelles en soins dans le réseau et garder celles qui y sont déjà.

En bref, les ratios sécuritaires professionnelles en soins/patient-e-s contribueront à faire respecter le droit des Québécois-es de recevoir des soins adéquats sur les plans scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée et sécuritaire.

L'état actuel du réseau de la santé est tel que la population a peur d'être malade. Il est temps de redonner confiance aux Québécois-es en leur réseau public de santé. Un réseau qui doit être là pour **prendre soin** d'eux-elles, de leurs parents, de leurs proches ou de leurs enfants, lorsqu'ils-elles sont en situation de vulnérabilité. Pourquoi des ratios sécuritaires de professionnelles en soins? La question n'est-elle pas plutôt, **pourquoi n'en avons-nous pas déjà?**

Qui sont les membres de la FIQ ?⁶²

Voici les grandes lignes du rôle des professionnelles en soins que la FIQ est fière de représenter. Des conditions spécifiques s'appliquent à certaines de ces activités.

Pour en savoir plus :

fiqsante.qc.ca/2017/04/11/activites-reservees/

Infirmière*

L'infirmière évalue l'état de santé des patient-e-s, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, donne des soins et des traitements infirmiers et médicaux pour maintenir ou rétablir la santé, réalise des activités de prévention de la maladie, fournit les soins palliatifs.

Exemples d'activités pouvant être réalisées par l'infirmière :

- Évaluer la condition physique et mentale des patient-e-s
- Initier des tests diagnostiques
- Initier des traitements
- Faire la surveillance clinique/le monitoring des patient-e-s
- Administrer et ajuster des médicaments
- Donner des soins de plaies et déterminer leur plan de traitement
- Faire le suivi infirmier de personnes qui ont des problèmes de santé complexes
- Vacciner
- Réaliser des activités de dépistage (santé publique)
- Contribuer au suivi de grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal
- Décider de l'utilisation de mesures de contention ou d'isolement
- Etc.

*L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) peut aussi réaliser certaines activités médicales.

Infirmière auxiliaire

L'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de l'état de santé des patient-e-s et à réaliser le plan de soins, donne des soins et des traitements infirmiers et médicaux pour maintenir ou rétablir la santé, réalise des activités de prévention de la maladie, fournit les soins palliatifs.

Exemples d'activités pouvant être réalisées par l'infirmière auxiliaire :

- Administrer des médicaments
- Observer l'état de conscience des patient-e-s et surveiller les signes neurologiques
- Entretien du matériel thérapeutique (mesures invasives, ex. entretien de cathéters, drains, tubes, stomies)
- Donner des soins de plaies
- Effectuer divers prélèvements
- Contribuer à la vaccination
- Etc.

Inhalothérapeute

L'inhalothérapeute contribue à évaluer la fonction cardio-respiratoire des patient-e-s, contribue à l'anesthésie et traite des problèmes qui affectent le système cardiorespiratoire.

Exemples d'activités pouvant être réalisées par l'inhalothérapeute :

- Faire l'assistance ventilatoire
- Faire la surveillance clinique des patient-e-s sous anesthésie ou sous assistance ventilatoire
- Administrer et ajuster des médicaments

- Effectuer des épreuves de la fonction cardiorespiratoire (ex. électrocardiogramme à l'effort, polysomnographie - test pour l'apnée du sommeil, etc.)
- Effectuer divers prélèvements
- Etc.

Perfusionniste clinique

La perfusionniste clinique contribue au maintien des fonctions physiologiques des patient-e-s lors de traitements qui requièrent le support ou le remplacement temporaire de leurs fonctions cardiaques, pulmonaires ou circulatoires.

Exemples d'activités pouvant être réalisées par la perfusionniste clinique :

- Opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'assistance cardiaque, pulmonaire, circulatoire, d'autotransfusion ou d'aphérèse (séparation du sang en ses différentes composantes par un appareil de circulation extra-corporelle, pour leur prélèvement)
- Faire la surveillance clinique des patient-e-s relié-e-s à un équipement d'assistance cardiaque, pulmonaire, circulatoire, d'autotransfusion ou d'aphérèse
- Effectuer des traitements par les supports circulatoires
- Programmer un cardiostimulateur ou un cardiodéfibrillateur
- Administrer et ajuster des médicaments
- Effectuer des prélèvements à partir du circuit des supports circulatoires ou cathéters en place.

RÉFÉRENCES

- ¹ PARAZELLI, M. «L'autorité du "marché" de la santé et des services sociaux», *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 22, n° 2, 2010, p. 1-13.
- ² LACOURSIÈRE, A. «Nouvelles compressions de 242 millions en santé», *La Presse*, 18 juin 2016, [En ligne]. [<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201606/18/01-4993252-nouvelles-compressions-de-242-millions-en-sante.php>].
- ³ TRANSPORTS CANADA. *Règlement de l'aviation canadien (DORS/96-433). Partie VI - Règles générales d'utilisation et de vol des aéronefs, sous-partie 4-Exploitant privé, Section XIII, article 604-621*, 2017, [En ligne]. [<http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/reglements/DORS-96-433/TexteCompleet.html#s-604.82>].
- ⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux*, 2016, [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-services-sante-services-sociaux/ressources-humaines/>].
- ⁵ KANE, R. L. et coll. «The Association of Registered Nurse Staffing Levels and Patient Outcomes Systematic Review and Meta-Analysis», *Medical Care*, vol. 45, n° 12, 2007, p. 1195-1204; Rochefort, C. M., Rathwell, B. A. et Clarke, S. P. «Rationing of nursing care interventions and its association with nurse-reported outcomes in the neonatal intensive care unit: a cross-sectional survey», *BMC Nursing*, 2 août 2016, 15:46.
- ⁶ TELLEZ, M. «Work Satisfaction Among California Registered Nurses: A Longitudinal Comparative Analysis», *Nursing Economic\$,* vol. 30, n° 2, 2012, p. 73-81; Aiken, L. H. «RN4CAST: Evidence from Europe and the U.S. for Improving Nurse Retention and Patient Outcomes», 2011, [En ligne]. [<http://www.rn4cast.eu>]; Leigh, J. P. et coll. «California's nurse-to-patient ratio law and occupational injury», *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 88, n° 4, 2015, p. 477-484.
- ⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Sécurité des patients: apprendre des erreurs du passé*, 2015, [En ligne]. [<http://www.who.int/features/2015/ireland-patient-advocates/fr/>].
- ⁸ INSTITUTE OF MEDICINE. «*Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses*», National Academies Press, 2004, Washington.

- ⁹ SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE. *La qualité des soins et la sécurité des patients: une priorité mondiale*, Montréal, 2015.
- ¹⁰ QUÉBEC. *Règlement sur les services de garde éducatifs à l'enfance*, Loi sur les services de garde éducatifs à l'enfance, chapitre S-4.1.1, a. 106, Publication Québec, mise à jour 1^{er} septembre 2017.
- ¹¹ FÉDÉRATION AUTONOME DE L'ENSEIGNEMENT (2016). *Entente entre le Comité patronal de négociation pour les commissions scolaires francophones (CPNCF) et la Fédération autonome de l'enseignement (FAE) 2015-2020*.
- ¹² 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.
- ¹³ NEEDLEMAN, J. et coll. «Nurse staffing and inpatient hospital mortality», *New England Journal of Medicine*, vol. 364, n° 25, 2011, p. 1037-1045.
- ¹⁴ 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.
- ¹⁵ McHUGH, M. D. et coll. «Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated With Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients», 2015, *Medical Care*, Vol. 54, n° 1, Jan. 2016
- ¹⁶ CIMIOTTI, J. P., AIKEN, L. H., SLOANE, D. M. et WU, E. S., «Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection», *American Journal of Infection Control*, vol. 40, n° 6, 2012 Aug. p. 486-490.
- ¹⁷ SHINDUL-ROTHSCHILD, J., FLANAGAN, J., STAMP, K. D., et READ, C. Y. «Beyond the Pain Scale : Provider Communication and Staffing Predictive of Patients' Satisfaction with Pain Control», *Pain Management Nursing*, 2017, p. 1-9.
- ¹⁸ ROCHEFORT, C. M. et CLARKE, S. P. «Nurses work environments, care rationing, job outcomes, and quality of care on neonatal units», *Journal of Advanced Nursing*, vol. 66, n° 10, 2010, p. 2213-2224.
- ¹⁹ MORIN, D. et LEBLANC, N. «Less money, less care: How nurses in long-term care allocate hours of needed care in a context of chronic shortage», *International Journal of Nursing Practice*, vol. 11, 2005, p. 214-220.
- ²⁰ McCUSKER, J. et coll. «Increases in emergency department occupancy are associated with adverse 30-day outcomes», *Academic Emergency Medicine*, vol. 21, n° 10, 2014.

- ²¹ DÉRY, J., D'AMOUR, D. et ROY, C. « L'étendue optimale de la pratique infirmière. Une contribution essentielle à la performance du système de santé », *Perspective Infirmière*, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, vol. 14, n° 1, janvier-février 2017, p. 51.
- ²² PAPANASTAVROU, E., ANDREOU, P. et EFSTATHIOU, G. « Rationing of nursing care and nurse-patient outcomes: a systematic review of quantitative studies », *The International Journal of Health Planning and Management*, vol. 29, 2014, p. 3-25.
- ²³ SCHUBERT, M., CLARKE, S. P., AIKEN, L. H. et de GEEST, S. « Associations between rationing of nursing care and inpatient mortality in Swiss hospitals », *International journal for quality in health care*, vol. 24, n° 3, 2012 June, p. 230-238.
- ²⁴ KALISCH, B., GOSSELIN, K. ET CHOI, S. H. « A comparison of patient care units with high versus low levels of missed nursing care », *Health Care Management Review*, oct-déc 2012.
- ²⁵ D'AMOUR, D. et coll. « The occurrence of adverse events potentially attributable to nursing care in medical units: Cross sectional record review », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 51, 2014, p. 882-891.
- ²⁶ TCHOUAKET, E., DUBOIS, C.-A. et D'AMOUR, D. « The economic burden of nurse-sensitive adverse events in 22 medical-surgical units: retrospective and matching analysis », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 73, n° 7, 2017, p. 1696-1711.
- ²⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plaie de pression - Fiche clinique « Intégrité de la peau » - Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*, 2012, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000521/>].
- ²⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport 2015-2016 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec*, 2016.
- ²⁹ 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; KALISCH, B. J., TSCHANNEN, D. et LEE, K. H. « Missed Nursing Care, Staffing, and Patient Falls », *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 27, n° 1, 2012, p. 6-12; TCHOUAKET, E., DUBOIS, C.-A. et D'AMOUR, D. « The economic burden of nurse-sensitive adverse events in 22 medical-surgical units: retrospective and matching analysis », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 73, n° 7, 2017, p. 1696-1711.
- ³⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport 2015-2016 sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins et services de santé au Québec*, 2016, p. 4.

protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes-et-recommandations/rapports-d-intervention/rapport-d-intervention-au-centre-de-soins-prolonges-grace-dart].

- ⁴⁰ BUREAU DU CORONER. *Un homme de 50 ans décède d'une insuffisance respiratoire consécutive à une dégradation progressive d'un syndrome restrictif au Centre d'hébergement Saint-Augustin, à Québec, 2016*, [En ligne]. [[https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1\[date_type\]=evenement&tx_msprecommandation_pi1\[submit_button\]=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1\[debut\]=40&tx_msprecommandation_pi1\[uid_recomm\]=3167](https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1[date_type]=evenement&tx_msprecommandation_pi1[submit_button]=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1[debut]=40&tx_msprecommandation_pi1[uid_recomm]=3167)].
- ⁴¹ BUREAU DU CORONER. *Une femme de 77 ans décède d'une asphyxie par suffocation et compression au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Trèfle d'Or, à La Prairie, 2012*, [En ligne]. [[https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1\[date_type\]=evenement&tx_msprecommandation_pi1\[submit_button\]=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1\[debut\]=850&tx_msprecommandation_pi1\[uid_recomm\]=2461](https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1[date_type]=evenement&tx_msprecommandation_pi1[submit_button]=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1[debut]=850&tx_msprecommandation_pi1[uid_recomm]=2461)].
- ⁴² BUREAU DU CORONER. *Une femme de 89 ans décède des suites de la détérioration de son état général et d'une défaillance cardiaque, à la Résidence des Boulevards, à Montréal, 2009*, [En ligne]. [https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1%5Bdate_type%5D=evenement&tx_msprecommandation_pi1%5Bsubmit_button%5D=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1%5Bdebut%5D=1290&tx_msprecommandation_pi1%5Buid_recomm%5D=1653].
- ⁴³ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS). *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec : Portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*, 24 p.
- ⁴⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*, 2017, [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000162/?&date=DESC>].
- ⁴⁵ LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée : observations, conclusions et recommandations*, Assemblée nationale du Québec, direction des travaux parlementaires, juin 2016, 24 p.

protecteurducitoyen.qc.ca/fr/enquetes-et-recommandations/rapports-d-intervention/rapport-d-intervention-au-centre-de-soins-prolonges-grace-dart].

- ⁴⁰ BUREAU DU CORONER. *Un homme de 50 ans décède d'une insuffisance respiratoire consécutive à une dégradation progressive d'un syndrome restrictif au Centre d'hébergement Saint-Augustin, à Québec, 2016*, [En ligne]. [[https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1\[date_type\]=evenement&tx_msprecommandation_pi1\[submit_button\]=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1\[debut\]=40&tx_msprecommandation_pi1\[uid_recomm\]=3167](https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1[date_type]=evenement&tx_msprecommandation_pi1[submit_button]=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1[debut]=40&tx_msprecommandation_pi1[uid_recomm]=3167)].
- ⁴¹ BUREAU DU CORONER. *Une femme de 77 ans décède d'une asphyxie par suffocation et compression au Centre d'hébergement et de soins de longue durée Trèfle d'Or, à La Prairie, 2012*, [En ligne]. [[https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1\[date_type\]=evenement&tx_msprecommandation_pi1\[submit_button\]=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1\[debut\]=850&tx_msprecommandation_pi1\[uid_recomm\]=2461](https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1[date_type]=evenement&tx_msprecommandation_pi1[submit_button]=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1[debut]=850&tx_msprecommandation_pi1[uid_recomm]=2461)].
- ⁴² BUREAU DU CORONER. *Une femme de 89 ans décède des suites de la détérioration de son état général et d'une défaillance cardiaque, à la Résidence des Boulevards, à Montréal, 2009*, [En ligne]. [https://www.coroner.gouv.qc.ca/rapports-et-recommandations/rechercher-des-recommandations.html?tx_msprecommandation_pi1%5Bdate_type%5D=evenement&tx_msprecommandation_pi1%5Bsubmit_button%5D=Rechercher&tx_msprecommandation_pi1%5Bdebut%5D=1290&tx_msprecommandation_pi1%5Buid_recomm%5D=1653].
- ⁴³ ASSOCIATION QUÉBÉCOISE D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (AQESSS). *Le nouveau visage de l'hébergement public au Québec: Portrait des centres d'hébergement publics et de leurs résidents*, 24 p.
- ⁴⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Répertoire des indicateurs de gestion en santé et services sociaux*, 2017, [En ligne]. [<http://www.msss.gouv.qc.ca/repertoires/indicateurs-gestion/indicateur-000162/?&date=DESC>].
- ⁴⁵ LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée: observations, conclusions et recommandations*, Assemblée nationale du Québec, direction des travaux parlementaires, juin 2016, 24 p.

- ⁴⁶ ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Les conditions de vie des adultes hébergés en centre d'hébergement et de soins de longue durée*, Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux, janvier 2014, 37 p.
- ⁴⁷ RÉSEAU FADOQ, *La qualité de vie des aînés en CHSLD: il y a urgence d'agir!*, Avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2017, 24 p.
- ⁴⁸ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Données de la liste d'attente pour une place en centre d'hébergement de soins longue durée (CHSLD)*, 2017, Période 4 - 2017-2018, [En ligne]. [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001637/>].
- ⁴⁹ LAVOIE, J.-P. et coll. « La responsabilité des soins aux aînés au Québec: du secteur public au privé », *Étude IRPP*, n° 48, septembre 2014, 40 p., Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, [En ligne]. [<http://irpp.org/wp-content/uploads/2014/09/study-no48.pdf>].
- ⁵⁰ RÉSEAU FADOQ, FEDERATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTE DU QUEBEC-FIQ, CONSEIL POUR LA PROTECTION DES MALADES (CPM), REGROUPEMENT DES AIDANTS NATURELS DU QUEBEC (RANQ) et MENARD, Me Jean-Pierre. *Soins à domicile, Demandez et vous recevrez peu... ou pas!*, 2016.
- ⁵¹ INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Dépenses du secteur public et utilisation des services à domicile au Canada: Examen des données, mars 2007*, Ottawa, ICIS, 2007, 39 p.
- ⁵² L'APPUI POUR LES PROCHES AIDANTS D'AÎNÉS (2016). *Portrait statistique des proches aidants de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec, 2012*, Montréal. [En ligne]. [https://www.lappui.org/content/download/10915/file/2016_Portrait%20statistique.pdf].
- ⁵³ FAST, J. et coll. cité dans Lavoie, J.-P. et coll. « La responsabilité des soins aux aînés au Québec: du secteur public au privé », *Étude IRPP*, n° 48, septembre 2014, 40 p., Montréal, Institut de recherche en politiques publiques, [En ligne]. [<http://irpp.org/wp-content/uploads/2014/09/study-no48.pdf>].
- ⁵⁴ VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Personnes âgées en perte d'autonomie: Services d'hébergement*, Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013: Vérification de l'optimisation des ressources, printemps 2012, [En ligne]. [http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap04.pdf].
- ⁵⁵ GORDON, S., BUCHANAN, J. et BRETHERTON, T. *Safety in Numbers: Nurse-to-Patient Ratios and the Future of Healthcare*, Ithaca, États-Unis, Cornell University Press, 2008, 288 p., « The Culture and Politics of Health Care Work ».

- ⁵⁶ SERRATT, T. « California's Nurse-to-Patient Ratios, Part 1 », *Journal of Nursing Administration*, vol. 43, n° 9, 2013, p. 475-480.
- ⁵⁷ 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.
- ⁵⁸ STAMP, K. D. et coll. « Predictors of Excess Heart Failure Readmissions », *Journal of Nursing Care Quality*, vol. 29, n° 2, 2014, p. 115-123.
- ⁵⁹ FLANAGAN, J. et coll. « Predictors of 30-Day Readmission for Pneumonia », *The Journal of Nursing Administration*, vol. 46, n° 2, 2016, p. 69-74.
- ⁶⁰ 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.
- ⁶¹ 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.
- ⁶² FÉDÉRATION INTERPROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ DU QUÉBEC-FIQ. *Nos activités réservées*, 2017, 24 p.

**La version électronique de ce document
est disponible sur fiqsante.qc.ca**



La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec-FIQ représente 75 000 professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires, soit la grande majorité des infirmières, infirmières auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes cliniques œuvrant dans les établissements de santé publics québécois.



FIQ | SECTEUR PRIVÉ

La FIQ | Secteur privé-FIQP est une fédération composée de six syndicats. Elle regroupe plus de 1 600 infirmières et infirmières auxiliaires travaillant dans plus d'une trentaine d'établissements de santé privés conventionnés et d'établissements privés au Québec.