

Pour faciliter la lecture de ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

LES PROTOCOLES RELATIFS À LA SURCAPACITÉ ET LA CAPACITÉ DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA

POSITION DE L'AIIC

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) croit que les protocoles relatifs à la surcapacité constituent une mesure provisoire pour répondre à la question de la surcapacité dans les services d'urgence et qu'il ne faut pas l'accepter comme pratique normale. Les protocoles relatifs à la surcapacité créent de nouveaux défis qui peuvent avoir une incidence sur la sécurité des patients et des infirmières¹, ainsi que sur l'intégrité de la pratique des soins infirmiers² :

- effectif insuffisant pour répondre aux besoins des patients;
- manque de vie privée et de dignité pour les patients et les membres de leur famille;
- relation thérapeutique entre infirmières et patients compromise;
- augmentation du nombre des événements indésirables et de la gravité de ceux-ci;
- manque de matériel essentiel;
- augmentation de la violence et de la tension;
- préoccupations soulevées par la lutte contre les maladies infectieuses.

L'AIIC est d'avis que des problèmes systémiques complexes sont à l'origine de l'engorgement des urgences et des hôpitaux en général et que ces problèmes entraînent le recours aux protocoles relatifs à la surcapacité. Les enjeux systémiques comprennent notamment les suivants :

- manque de ressources communautaires et d'autres options en matière de soins de longue durée;
- manque de lits d'hôpitaux vacants;
- pénurie d'infirmières, de médecins et d'autres fournisseurs de soins de santé;
- manque de solutions de rechange à l'utilisation des services d'urgence pour les soins urgents ou ambulatoires;
- besoin de stratégies améliorées de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Tous ces problèmes ont une incidence négative sur la santé de la population canadienne.³

¹ Dans le présent document, l'expression *infirmière* s'entend des infirmières autorisées ou immatriculées (ou une infirmière selon le titre réservé en vigueur dans la province ou le territoire où l'infirmière exerce sa profession), y compris les infirmières praticiennes, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées.

² (College of Registered Nurses of British Columbia [CRNBC], 2007; Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2007)

³ (Bond et coll., 2007; Association canadienne des médecins d'urgence et Affiliation nationale des infirmières et infirmiers d'urgence [ACMU et NENA], 2001; Rowe et coll., 2006).

L'AIIC est d'avis qu'il faut faire preuve de leadership pour créer des solutions viables qui élimineront la nécessité et l'utilisation des protocoles relatifs à la surcapacité. Le leadership exercé dans le contexte d'une stratégie interdisciplinaire, intersectorielle et à multiples facettes s'impose afin d'alléger les pressions exercées par la capacité, de garantir la sécurité des patients et des professionnels de la santé et de fournir des soins infirmiers de grande qualité. Les infirmières de tous les secteurs devraient donc collaborer avec les représentants des gouvernements, les experts de la sécurité des patients, les organisations non gouvernementales et les organismes bénévoles, d'autres fournisseurs de soins de santé et les membres du public pour définir et préconiser des solutions viables aux pressions entraînées par la capacité.

L'AIIC est d'avis qu'il est possible de régler les problèmes de surcapacité en instaurant des changements dans tout le système de soins de santé. Les infirmières, ainsi que les cliniciens, éducateurs, chercheurs, administrateurs, formateurs et responsables des politiques, devraient participer activement aux d'équipes interdisciplinaires et collaborer avec d'autres intervenants du secteur des soins de santé pour guider les réformes du système qui s'imposent.⁴ Les réformes du système comprennent notamment les suivantes :

- accès à un plus grand nombre de ressources communautaires et à d'autres niveaux de soins, y compris des soins à domicile et des services pour aider les familles et les fournisseurs de soins;
- prise en charge efficace des maladies chroniques;
- meilleur accès aux services de soins primaires;
- améliorations de la capacité des Canadiens de soins autodirigés;
- innovations en soins gériatriques dans tout le continuum des soins de santé;
- innovations en évaluation, planification et suivi des congés;
- investissement dans des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies;
- investissement dans le recrutement et le maintien en poste d'effectifs infirmiers;
- maximisation des services de soins pour les clients des soins à domicile;
- élimination des obstacles législatifs à la participation des infirmières praticiennes aux soins primaires et aux soins tertiaires.

L'AIIC est d'avis qu'en maximisant la qualité des résultats pour la santé dans l'ensemble du système, on fera disparaître la nécessité des protocoles relatifs à la surcapacité et leur utilisation. Comme la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité l'a affirmé, « Un moyen fondamental d'améliorer les soins de santé est d'assainir les milieux de travail.... Il est inacceptable de financer, de gouverner ou de diriger des établissements malsains tout autant que d'y travailler ou d'y recevoir des soins. »⁵ Il incombe aux employeurs de protéger et d'appuyer le personnel infirmier en prenant les mesures qui s'imposent afin qu'il y ait suffisamment de personnel, d'espace, de matériel et de fournitures pour fournir des soins sécuritaires et conformes à l'éthique.

⁴ (ACMU et NENA, 2001; Société d'étude du secteur des soins à domicile. Rapport final; Jokovic, Baibergenova, Baldota et Leeb, 2006; Thornicroft et Tansella, 2003)

⁵ (Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité, 2007, p. 9)



L'AIIC est d'avis que l'intégration accrue de la technologie améliorera le rendement du système de santé, ce qui allégerait une partie des pressions qui s'exercent sur les services d'urgence et d'autres composantes du système de santé. Les gouvernements et les organisations de services de santé sont responsables d'accélérer l'adoption du dossier de santé électronique, des centres de services, du suivi électronique et du partage d'information au sujet des lits disponibles en soins intensifs et en soins communautaires.⁶

L'AIIC est d'avis que même si des réformes à long terme du système sont essentielles pour améliorer la capacité du système de santé du Canada, les infirmières doivent agir maintenant. Elles doivent utiliser leur savoir-faire pour :

- déterminer les retards des soins, s'y préparer et les atténuer;
- participer au congé sécuritaire et opportun des patients qui quittent l'hôpital;
- élaborer des politiques afin d'accroître la capacité et de simplifier l'acheminement du travail et des patients;
- préconiser la planification efficiente du soin des patients hospitalisés;
- maximiser les soins dans la collectivité;
- préconiser un champ de contrôle pour les infirmières gestionnaires qui permet de surveiller adéquatement et d'appuyer le personnel infirmier ainsi que de garantir la sécurité des patients;
- veiller à ce que les étudiantes en sciences infirmières qui font du travail clinique pendant que des protocoles relatifs à la surcapacité s'appliquent reçoivent l'appui, les conseils et les rapports d'information dont elles ont besoin.

L'AIIC est d'avis que des évaluations et des recherches s'imposent pour guider la planification du système de santé et l'affectation des ressources. Les infirmières devraient intervenir auprès des gouvernements, des organismes d'agrément, des organisations de services de santé, des établissements d'enseignement et des chercheurs pour faire avancer la recherche (y compris les études prospectives dans tout un éventail de contextes) sur les aspects suivants et leur évaluation :

- solutions afin d'améliorer le mouvement des patients d'un secteur à l'autre des soins de santé;
- élaboration d'indicateurs et de mesures de résultats valides, sensibles et fiables;
- solutions pansystémiques qui portent sur la collaboration interprofessionnelle;
- définitions de l'engorgement des urgences.⁷

L'AIIC est d'avis que l'engorgement continu des hôpitaux et des services d'urgence et le recours aux protocoles relatifs à la surcapacité obligeront plus souvent les infirmières à participer à la résolution de problèmes d'ordre éthique. Les obligations divergentes, y compris la nécessité de prendre des décisions équitables sur l'affectation des ressources, peuvent entraîner un désarroi éthique (ou moral)⁸ et un exode du lieu de travail. Les infirmières en pratique clinique

⁶ (Conseil canadien de la santé, 2005; Rowe et coll., 2006)

⁷ (Ospina et coll., 2006; Schull, Slaughter et Redelmeier, 2002)

⁸ « Le désarroi éthique (ou moral) survient dans des situations où les infirmières savent ou croient savoir ce qui devrait être fait, mais dans lesquelles, pour différentes raisons (y compris la peur et des circonstances hors de leur contrôle), elles ne prennent pas ou ne peuvent pas prendre les mesures appropriées ou empêcher un préjudice précis. Lorsque les valeurs et les engagements sont ainsi compromis, l'identité et l'intégrité des infirmières en tant qu'agents moraux sont touchées, ce qui est la cause de désarroi moral. » (AIIC, 2008, p. 6)



auront besoin d'aide pour définir les enjeux éthiques. Cette aide doit leur venir d'infirmières éthiciennes, d'organisations de soins infirmiers et d'infirmières administratrices, qui doivent toutes préconiser des milieux de travail de qualité qui appuient la sécurité des patients et du personnel.⁹

CONTEXTE

On a défini l'engorgement des urgences comme « une situation où la demande de services dépasse la capacité à offrir des soins dans un délai raisonnable, rendant impossible l'administration de soins de qualité par les médecins et les infirmières. »¹⁰ Ce concept se traduit par des problèmes complexes et systémiques partout dans le système de santé.¹¹

Les protocoles relatifs à la surcapacité représentent une stratégie parmi tant d'autres qu'on met en œuvre tous les jours dans certains hôpitaux pour s'attaquer à l'engorgement des services d'urgence. Il s'agit de stratégies à court terme qu'une agence peut utiliser lorsque la demande à l'urgence dépasse la capacité de fournir les soins nécessaires.¹² Ces protocoles visent à faire passer les patients admis du service d'urgence vers les unités de soins et d'autres secteurs de l'hôpital lorsqu'il n'y a pas de lits ordinaires pour patients hospitalisés et que le service d'urgence a atteint sa pleine capacité.¹³ Cette approche diffère de la réponse qui peut s'imposer lorsque surgissent des pointes dans le système, comme au cours d'une pandémie de grippe, et dans les contextes où il faut prendre des mesures pour promouvoir et protéger la sécurité à la fois du personnel et des patients.¹⁴ Sans compter les couloirs en période d'engorgement, des établissements utilisent aussi des salles de douche privées plus grandes (dotées de sonneries d'appel et d'autre matériel), des salons de patients dotés de cloisonnettes, ou ajoutent des lits dans des chambres semi-privées. Des infirmières ont indiqué que lorsque les protocoles relatifs à la surcapacité sont en vigueur, elles sentent compromise leur capacité de fournir aux patients des soins sécuritaires, efficaces et de grande qualité et d'assurer leur propre sécurité.

L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé a trouvé seulement quelques études canadiennes sur les répercussions de l'engorgement des urgences et sur des solutions possibles et des solutions de rechange qui appuieraient de meilleurs résultats.¹⁵ On affirme dans un rapport que « Rien ne démontre l'efficacité pratique de nombreuses interventions adoptées au Canada [comme]... les équipes d'infirmières volantes, la répartition des urgentologues chevronnés dans les quarts de travail volants, l'affectation de travailleurs en soins communautaires à l'urgence, la surpopulation des unités de soins, la mise sur pied de cliniques orphelines ...et l'unité de "débordement" destinées aux malades admis. »¹⁶ Une analyse portant sur les patients admis dans les hôpitaux de soins de courte durée qui n'ont plus besoin de services de soins intensifs, publiée récemment par l'Institut canadien d'information sur la santé, indique qu'il faut plus d'information pour déterminer si le système actuel de soins de santé a une capacité suffisante pour fournir des soins essentiels dans le milieu le plus approprié pour les patients et si « des stratégies précises peuvent alléger la pression subie par le personnel et les patients si [les patients des hôpitaux de soins actifs] en attente d'un lit dans un autre établissement sont transférés plus rapidement. »¹⁷

⁹ (AIIC, 2008)

¹⁰ (ACMU et NENA, 2001, p. 85)

¹¹ (Rowe et coll., 2006)

¹² (CRNBC, 2007, p. 1-2)

¹³ (British Columbia Nurses' Union [BCNU], 2007)

¹⁴ (ACMU et NENA, 2001)

¹⁵ (Bond et coll., 2007; Rowe et coll., 2006)

¹⁶ (Bond et coll., 2006, p. iv)

¹⁷ (Institut canadien d'information sur la santé, 2009, p.16)



Le désarroi éthique (ou moral) frappe les infirmières qui travaillent en contexte de surcapacité. Les codes de conduite professionnelle comme le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* de l'AIIC fournissent des orientations au sujet de considérations d'ordre éthique et aident à clarifier les responsabilités éthiques des fournisseurs dans de telles situations. Les infirmières sont vouées à fournir des soins sécuritaires, compatissants, compétents et conformes à l'éthique.¹⁸

*Approuvé par le Conseil d'administration de l'AIIC
Publié en février 2009*

¹⁸ (AIIC, 2008, p. 8)



Références :

- Association canadienne des médecins d'urgence et Affiliation nationale des infirmières et infirmiers d'urgence. (2001). Déclaration de position conjointe sur l'encombrement des urgences. *Journal canadien de la médecine d'urgence*, 3(2), 85-88.
- Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2007). *Hallway nursing/ER overcapacity* [Énoncé de position]. Toronto : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : Auteur.
- Bond, K., Ospina, M. B., Blitz, S., Afilalo, M., Campbell, S. G., Bullard, M., et coll. (2007). Frequency, determinants and impact of overcrowding. *Healthcare Quarterly*, 10(4), 32-40.
- Bond, K., Ospina, M. B., Blitz, S., Friesen, C., Innes, G., Yoon, P., et coll. (2006). *Évaluer les interventions destinées à réduire le surpeuplement de l'urgence* (Rapport technologique no 67.4). Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.
- British Columbia Nurses' Union. (2007). *Overcapacity protocol policy*. Burnaby (C. B.) : Auteur.
- Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité. (2007). *À notre portée : Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficaces et viables grâce à un milieu de travail sain*. Ottawa : Conseil canadien d'agrément des services de santé.
- College of Registered Nurses of British Columbia. (2007). *Working with limited resources. Responsibilities of the registered nurse: Questions and answers*. Vancouver : Auteur.
- Conseil canadien de la santé. (2005). *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*. Toronto : Auteur.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2009). *Analyse en bref : Niveaux de soins alternatifs au Canada*. Ottawa : Auteur.
- Jokovic, A., Baibergenova, A., Baldota, K. et Leeb, K. (2006). CIHI survey: Alternatives to acute care? *Healthcare Quarterly*, 9(2), 22-24.
- Ospina, M. B., Bond, K., Schull, M., Innes, G., Blitz, S., Friesen, C., et Coll. (2006). *Mesurer le surpeuplement de l'urgence : la nécessité d'uniformiser* (Rapport technologique n° 67.1). Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.
- Rowe, B. H., Bond, K., Ospina, M. B., Blitz, S., Friesen, C., Schull, M., et coll. (2006). *Le surpeuplement des urgences au Canada : qu'en est-il exactement et qu'y a-t-il à faire?* (Aperçu technologique n° 21). Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé.
- Schull, M. J., Slaughter, P. M. et Redelmeier, D. (2002). Urban emergency department overcrowding: Defining the problem and eliminating misconceptions. *Journal canadien de la médecine d'urgence*, 4(2), 76-82.



Société d'étude du secteur des soins à domicile. (2003). *Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile*. Ottawa : Auteur

Thornicroft, G. et Tansella, M. (2003). *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité?* (Rapport du Health Evidence Network). Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe.

Voir aussi :

Énoncés de position connexes de l'AIIC :

La sécurité des patients (2009)

Décisions sur la dotation en personnel pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires (2003)

Énoncé de position commun de l'AIIC et de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers :

Milieux de pratique : Optimiser les résultats pour les clients, les infirmières et le système (2006)

EP-101

