

# Les infirmières et la sécurité des patients

## Document de travail

produit par

l'Association des infirmières et infirmiers du Canada

et

La Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto

Janvier 2004



**ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA  
CANADIAN NURSES ASSOCIATION**

*Faire progresser la qualité des soins  
infirmiers dans l'intérêt du public*

Tous droits réservés. On ne peut reproduire, stocker dans un système d'extraction de données ni transcrire, par un moyen (support électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement, etc.) ou sous une forme quelconque, une partie de ce document sans l'assentiment écrit de l'éditeur.

© Janvier 2004

Association des infirmières et  
infirmiers du Canada  
50, Driveway  
Ottawa ON K2P 1E2  
Téléphone : (613) 237-2133 ou  
1-800-361-8404  
Télécopieur : (613) 237-3520  
Courriel : [pubs@cna-aiic.ca](mailto:pubs@cna-aiic.ca)  
Site Web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca)

Université de Toronto,  
Faculté des sciences infirmières  
50, rue George  
Toronto ON M5S 3H4  
Téléphone : (416) 978-2865  
Télécopieur : (416) 978-8222  
Site Web : [www.nursing.utoronto.ca](http://www.nursing.utoronto.ca)

ISBN 1-55119-895-9

## Table des matières

---

<b>Remerciements</b> .....	1
<b>Les infirmières et la sécurité des patients</b> .....	2
Pourquoi la sécurité des patients est-elle importante maintenant?.....	2
Pourquoi la sécurité des patients préoccupe t-elle les infirmières?.....	3
Défis à la capacité de fournir des soins infirmiers sécuritaires .....	4
1. Milieux de pratique professionnelle et main-d’œuvre infirmière .....	4
2. Travail d’équipe et communication.....	9
3. Point de vue des infirmières sur la sécurité des patients .....	10
4. Point de vue des patients sur la sécurité des patients .....	12
5. Technologie .....	12
6. Culture du blâme .....	13
<b>Conclusion : Pour relever les défis posés par la sécurité des patients</b> .....	14
<b>Références</b> .....	16
<b>Annexe A</b>	
<b>Énoncé de position : La sécurité des patients</b> .....	20
<b>Annexe B</b>	
<b>La sécurité des patients et l’Association des infirmières et infirmiers du Canada</b> .....	25

## Remerciements

---

### Groupe consultatif spécial chargé du Document de travail sur la sécurité des patients

Les personnes suivantes ont participé, de juillet à novembre 2003, aux discussions qui ont guidé la production du présent document. Leurs contributions ont aidé à focaliser les travaux sur les enjeux d'importance primordiale pour les infirmières du Canada et à présenter des exemples tirés de la pratique.

Michele Brennan	College of Registered Nurses of Nova Scotia
Sharon Chow	Saskatchewan Registered Nurses Association
Audrey Danaher	Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Norma Freeman	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Nora Hammell	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Carolyn Hoffman	Consultante auprès de l'ancien Comité directeur national sur la sécurité du patient et conseillère principale en soins infirmiers, Santé Saskatchewan
Bill Knight	College of Registered Nurses of Manitoba
Patricia Marck	Chef de la pratique professionnelle – Soins infirmiers, Hôpital Royal Alexandra, professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta, professeure adjointe, Centre d'éthique de la santé John-Dossetor
Patricia McLean	Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada
Mary Carol Miller	Hôpital Stanton, pour la Northwest Territories Registered Nurses Association
Wendy Nicklin	Membre de l'ancien Comité directeur national sur la sécurité du patient, vice-présidente, Soins infirmiers, Services paramédicaux, Programmes cliniques et Sécurité des patients, Hôpital d'Ottawa
Lynn Power	Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador
Lynn Redfern	Alberta Association of Registered Nurses
Ruth Rogers	Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Jan Storch	Éthicienne en soins infirmiers et professeure, École d'infirmières, Université de Victoria
Wendy Winslow	Registered Nurses Association of British Columbia

L'AIIC désire aussi reconnaître la contribution de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto, dirigée par sa doyenne, Dyanne Affonso. La faculté est en train d'élaborer et de mettre en œuvre un vaste programme interdisciplinaire de recherche sur la sécurité des patients. La grappe de recherche sur la sécurité du patient a commencé en 2002 ses travaux qui incluent maintenant un cadre théorique, une recherche sur les incidents évités de justesse et des modèles de pratique fondés sur la collaboration. Nous remercions Lianne Jeffs, directrice des initiatives sur la sécurité des patients de la faculté, du travail complet qu'elle a fait en nous fournissant des articles de recherche pertinents et des rapports à l'appui du présent document. Nous sommes très reconnaissants à la faculté de l'aide qu'elle a apportée à la production de ce document de travail.

Nous remercions enfin Barbara LaPerrière de sa contribution à la rédaction et à la révision du présent document.

## Les infirmières et la sécurité des patients

---

La sécurité des patients a toujours été importante pour les infirmières du Canada. Les infirmières<sup>1</sup> dispensent des soins de santé dans tous les domaines du système de soins de santé 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Cette « présence » des infirmières et leur solide base de connaissances leur permettent de jouer un rôle crucial dans la sécurité des patients<sup>2</sup>. Par leur vigilance, les infirmières interviennent pour maintenir la sécurité des patients<sup>3</sup>, repérer les risques possibles et reconnaître les aspects à améliorer.

Même si l'on a réalisé des progrès importants dans la lutte contre les problèmes de sécurité des patients, il importe de comprendre comment surgissent les problèmes à cet égard. Ce document vise à stimuler la discussion entre les infirmières, les autres prestataires de soins de santé, les employeurs, le public et les stratèges au sujet d'enjeux qui intéressent les infirmières et la sécurité des patients. On a lancé de nombreuses initiatives sur la qualité des soins de santé au cours des deux dernières décennies. La sécurité des patients comme élément essentiel des soins de santé de qualité suscite un intérêt renouvelé depuis quelque temps.

### Pourquoi la sécurité des patients est-elle importante maintenant?

Beaucoup de Canadiens présument que le système de soins de santé du Canada est un des plus sécuritaires au monde. Des études d'envergure réalisées à l'étranger ont toutefois démontré que les systèmes de soins de santé sont vulnérables à l'erreur et que le risque d'événements indésirables<sup>4</sup> y est important. Des études réalisées aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie ont montré qu'il peut se produire des événements indésirables dans une proportion de 3,7 % à 16,6 % de toutes les hospitalisations et qu'un pourcentage important de ces événements sont évitables (Brennan et al., 1991; Kohn, Corrigan et Donaldson, 1999; National Health Service, 2000; Wilson et al., 1995). Les accidents évités de justesse<sup>5</sup> sont beaucoup plus fréquents que les événements indésirables et ne sont pas toujours déclarés (Barach et Small, 2002). Il y a peu de raisons de croire que la situation diffère au Canada (Baker et Norton, 2001).

---

<sup>1</sup> Dans le présent document, le terme « infirmières » désigne les infirmières autorisées ou immatriculées, et le féminin comme genre neutre est employé pour désigner aussi bien les hommes que les femmes.

<sup>2</sup> La **sécurité du patient** s'entend de « la notion d'oeuvrer continuellement à l'évitement, à la gestion et la correction des actes dangereux dans le système de santé » (Comité directeur national sur la sécurité des patients [CDNSP], 2002, p. 4).

<sup>3</sup> On utilise le terme « patient » dans la majeure partie du présent document, car il reflète le dialogue en cours sur les enjeux à l'étude. L'AIIC utilise le terme « patient » ou « client » pour désigner le bénéficiaire de soins, qu'il s'agisse d'une personne, d'une famille, d'un groupe ou d'une collectivité.

<sup>4</sup> On applique à **événement indésirable** la définition d' *incident indésirable* formulée par le CDNSP : « une lésion, une blessure, un préjudice découlant de la prise en charge clinique plutôt que d'une maladie sous-jacente. L'incident indésirable, nuisible par définition, est imprévu et non voulu, et il est directement relié aux soins ou aux services dispensés à un patient/client; il peut prendre la forme d'une réaction indésirable à un médicament ou du résultat défavorable d'un traitement. La survenue de l'incident indésirable peut être la conséquence d'un acte posé (p. ex., l'administration d'un médicament inapproprié) ou d'une omission (p. ex., le défaut de procéder à l'intervention thérapeutique appropriée), et il constitue la manifestation d'un problème qui touche la pratique, les produits, les procédures ou d'autres aspects du système (CDNSP, 2000, p. 3).»

<sup>5</sup> On applique à **accident évité de justesse** l'explication donnée par le CDNSP pour une situation où on *l'échappe belle*, à savoir une situation dans laquelle le patient esquive de justesse une complication grave (CDNSP, 2002, p. 3).

Jusqu'à maintenant, il n'y a pas de données fiables sur les erreurs<sup>6</sup> commises dans le système de soins de santé au Canada, ce qui laisse régner de l'incertitude sur le nombre de Canadiens qui pourraient mourir à cause d'une erreur chaque année. À mesure que l'on dévoilera les résultats de la première étude portant sur les taux canadiens d'événements indésirables dans les hôpitaux de soins actifs, il importera pour les infirmières de discuter entre elles et avec le public de ce que signifie la sécurité des patients dans l'optique des infirmières.

Une chose a changé depuis quelques années : on reconnaît maintenant qu'il y a rarement un seul facteur ou une seule personne en particulier qui est à l'origine d'une erreur. On ne présume plus que la plupart des erreurs découlent de facteurs associés à une personne en particulier (tels que l'incompétence et la négligence).

Des études internationales sur la sécurité des patients révèlent plutôt que les torts causés aux patients peuvent être attribués en grande partie à des problèmes du système de soins de santé lui-même. Des facteurs comme des interruptions dans la prestation des soins, la perte de renseignements, un équipement désuet, le mauvais étiquetage des médicaments, l'insuffisance des avertissements au sujet des allergies aux médicaments ou des incompatibilités entre eux, le manque de personnel et les dangers environnementaux peuvent tous entraîner des erreurs (Benner et al., 2002; Cook, Render et Woods, 2000; Reeder, 2001). Pour aborder les enjeux de la sécurité des patients, il faut créer des moyens de garantir que chaque fournisseur de soins de santé en particulier et le système en général peuvent contribuer à la prestation de soins sécuritaires.

### **Pourquoi la sécurité des patients préoccupe-t-elle les infirmières?**

Pour les infirmières, la sécurité des patients ne fait pas simplement partie d'une liste d'activités : c'est un impératif dicté par leur code de déontologie qui précise qu'elles doivent fournir des « soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique » (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2002). La sécurité des patients constitue un aspect fondamental des soins infirmiers dont on se préoccupe partout où des infirmières travaillent – dans la communauté, les hôpitaux de soins actifs ou les établissements de soins de longue durée. Elle est primordiale pour les infirmières dans tous les domaines de la pratique, que ce soit en pratique clinique, en éducation, en recherche, en gestion ou dans les postes de leadership.

Le mandat des ordres et des associations professionnelles d'infirmières à l'échelon provincial, territorial et national converge vers la promotion de la sécurité des patients et l'excellence de la pratique infirmière dans le but de protéger le public. (Voir l'énoncé de position de l'AIIC sur *La sécurité des patients* à l'Annexe A et les initiatives de l'AIIC dans le domaine de la sécurité des patients à l'Annexe B.)

Comme la profession infirmière est autoréglémentée, les organismes de réglementation se sont d'abord attachés à garantir la compétence de chacun de ses membres. Il y a eu moins de possibilités de s'attaquer aux problèmes de sécurité des organisations ou du système lui-même. Dans la plupart des provinces et des territoires, par exemple, la loi n'accorde aux organismes de réglementation aucun pouvoir d'inspecter les organisations de soins de santé. Ils se sont toutefois montrés très actifs en se prononçant en faveur de milieux de pratique professionnelle qui

---

<sup>6</sup> Une **erreur** s'entend de « l'omission de terminer comme il se doit une intervention prévue ou l'application d'un plan erroné pour essayer de parvenir à un but donné » (Davies, Hébert et Hoffman, 2003, p. 27).

appuient des soins sécuritaires. Dans certaines provinces, les associations professionnelles offrent des services de consultation afin de répondre aux préoccupations des infirmières et des employeurs au sujet des milieux de travail.

Un sondage récent réalisé auprès des infirmières du Canada portait sur la sécurité des patients dans les hôpitaux (Nicklin et McVeety, 2002). Les infirmières ont répondu dans une proportion écrasante que le milieu où elles dispensent des soins comporte des risques de plus en plus importants pour leurs patients. Les raisons qu'elles citent sont nombreuses et variées. Parmi les problèmes de sécurité mentionnés, les infirmières ont parlé de risques reliés à la charge de travail, à l'affectation des ressources humaines, aux mesures de restructuration et à la suppression de lits, à la complexité croissante des besoins des patients, aux problèmes systémiques, aux caractéristiques du milieu physique et à la technologie.

Les appels d'infirmières que reçoivent les conseillères en pratique infirmière des associations et des ordres professionnels des provinces et des territoires confirment que la sécurité des patients constitue une préoccupation pressante pour les infirmières. On a noté, par exemple, qu'un peu plus de 20 % des appels que les conseillères en pratique de l'Alberta Association of Registered Nurses ont reçus d'infirmières en huit mois au cours de l'année 2001 portaient sur la sécurité. Les préoccupations énoncées par les infirmières concernaient à peu près également quatre types clés de problèmes : méthodes de dotation inappropriées, pratique non sécuritaire de certaines intervenantes, incapacité de trouver suffisamment de personnel qualifié et problèmes systémiques tels que les congés ou les transferts inappropriés (Marck, Allen et Phillipchuk, 2001).

### **Défis à la capacité de fournir des soins infirmiers sécuritaires**

Les parties suivantes du document portent sur des enjeux qui constituent un défi pour la capacité des infirmières de dispenser des soins infirmiers sécuritaires et de contribuer à la sécurité des patients. Ces enjeux sont tirés de publications et de comptes rendus anecdotiques de dirigeantes infirmières qui ont participé à un atelier chargé de produire le présent document. Les enjeux sont regroupés sous les rubriques suivantes :

1. Milieux de pratique professionnelle et main-d'œuvre infirmière
2. Travail d'équipe et communication
3. Point de vue des infirmières sur la sécurité des patients
4. Point de vue des patients sur la sécurité des patients
5. Technologie
6. Culture du blâme

Dans tout le document, nous présentons des exemples choisis de résultats de recherche et d'anecdotes tirées de situations réelles de pratique afin d'illustrer et d'appuyer les préoccupations des infirmières.

#### **1. Milieux de pratique professionnelle et main-d'œuvre infirmière**

Que se passe-t-il dans les milieux de travail des infirmières? Dans une étude publiée récemment, l'Institute of Medicine des États-Unis conclut que l'environnement de travail des infirmières se caractérise par de graves menaces à la sécurité des patients. Ces menaces sont reliées à la façon de gérer l'organisation et d'utiliser le personnel, à la conception du travail et à la culture de l'organisation (Institute of Medicine of the National Academies [IOM], 2003).

Au cours de la dernière décennie, la restructuration - incluant la régionalisation, les fusions et le redimensionnement - a fatigué le système de soins de santé au Canada. En outre, la population canadienne vieillit et l'on a implanté beaucoup de technologies nouvelles dans les établissements de soins de santé. Les patients hospitalisés et traités à domicile sont en général plus malades et exigent des soins plus complexes qu'auparavant.

Conjugués aux ressources limitées et à la pénurie critique de professionnels de la santé qualifiés, tous ces facteurs créent des milieux de travail instables et stressants avec une probabilité accrue d'événements indésirables et d'accidents évités de justesse (CDNSP, 2002; Nicklin, 2001).

### *Décisions sur les effectifs*

Les infirmières ont toujours signalé qu'elles sont en nombre insuffisant dans les hôpitaux pour être en mesure de dispenser des soins sécuritaires (Aiken et al., 2001). De plus, dans certains établissements, on remplace des infirmières par du personnel infirmier moins qualifié. Les changements de la composition du personnel infirmier<sup>7</sup> préoccupent les infirmières. La situation peut devenir confuse pour elles et leurs collègues lorsque les changements de responsabilités et de rôles à l'égard du soin des patients ne sont pas clairs.

Des études ont produit des constatations importantes sur le lien entre la dotation en personnel infirmier et les conséquences pour les patients.

- Lorsque les patients reçoivent au total plus d'heures de soins infirmiers et que des infirmières dispensent un pourcentage plus élevé des soins en question, la durée de leur séjour à l'hôpital diminue. Ils ont moins de complications telles que les infections urinaires et les saignements gastro-intestinaux supérieurs (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky, 2002).
- Toutes choses égales d'ailleurs, plus une infirmière a de patients en chirurgie, plus les patients en question risquent de mourir dans les 30 jours suivant l'admission (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et Silber, 2002).
- On a établi un lien entre un pourcentage plus élevé d'heures de soins dispensés par des infirmières et un taux moins élevé de mortalité à 30 jours dans le cas de certains patients hospitalisés en médecine et en chirurgie (Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood, 2002).
- On a établi un lien entre une augmentation d'une heure de travail d'infirmière par jour-patient et une baisse de 8,9 % du risque pour le patient d'avoir une pneumonie (Cho, Ketefian, Barkauskas et Smith, 2003).

### *Pénurie d'infirmières et vieillissement du personnel infirmier*

On prévoit qu'il manquera 78 000 infirmières au Canada en 2011 et jusqu'à 113 000 en 2016 (AIIC et Fédération nationale des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, 2003). Si toutes les infirmières actives en 2001 continuent de travailler jusqu'à 65 ans, on calcule que le pays pourrait perdre 13 % de l'effectif infirmier de 2001 d'ici à 2006, à la suite de départs à la

<sup>7</sup> On entend par **composition du personnel** la combinaison et le nombre de personnes dont l'activité est réglementée ou non et qui dispensent des soins infirmiers directs et indirects à des clients dans des milieux où pratiquent des infirmières (AIIC, 2003b).



retraite ou de décès. Si les infirmières prennent une retraite anticipée à 55 ans, le système pourrait perdre jusqu'à 28 % de cet effectif (O'Brien et al., 2003). Ces statistiques n'augurent pas bien pour la sécurité des patients.

De plus, le personnel infirmier du Canada vieillit. L'infirmière travaillant en soins infirmiers avait en moyenne 44,2 ans en 2002, contre 42,6 en 1998 (AIIC, 2003c). Il s'agit là d'un facteur positif sur le plan des connaissances et de l'expérience que les infirmières ont accumulées et qu'elles peuvent partager. Mais les effets ne sont pas aussi positifs quand on considère les conséquences que les quarts de travail de longue durée, le temps supplémentaire et l'alourdissement de la charge de travail peuvent avoir chez des infirmières dont l'endurance physique va en diminuant. Lorsque les infirmières sont fatiguées, la probabilité d'événements indésirables augmente (Curtin et Simpson, 2002).

### ***Emploi à temps partiel et occasionnel***

Outre la pénurie d'infirmières, le nombre élevé d'emplois à temps partiel et occasionnels<sup>8</sup> dans la profession infirmière préoccupe aussi. Le travail à temps partiel est plus courant dans le secteur des soins de santé que dans les autres, et plus particulièrement chez les infirmières. En 2002, 33,8 % des infirmières du Canada travaillaient à temps partiel et 11,8 % occupaient un emploi occasionnel (AIIC, 2003c).

Comme moins d'infirmières occupent des postes à plein temps, la continuité des soins diminue, ce qui constitue en soi une menace pour la sécurité des patients. Lorsqu'il n'y a pas de consistance dans l'affectation des intervenants, les patients sont soignés par beaucoup de personnes différentes et les infirmières n'ont pas la possibilité d'apprendre à les connaître ni à être au courant de leurs besoins particuliers. Les infirmières à temps partiel et occasionnelles ne jouissent pas des mêmes possibilités de formation en cours d'emploi sur les méthodes et les techniques nouvelles de soins, ni des mêmes possibilités d'encadrement d'infirmières plus chevronnées. Beaucoup d'infirmières occasionnelles finissent par travailler pour de multiples employeurs, ce qui peut être à la fois stressant et épuisant.

### ***Rythme du travail et charge de travail***

Beaucoup d'infirmières voient le rythme de leur travail accélérer et leur charge de travail s'alourdir à cause de la pénurie d'infirmières, de la complexité croissante des soins, des cas de plus en plus lourds<sup>9</sup> qu'elles doivent traiter et de l'implantation de technologies nouvelles. Les charges de travail actuelles sont parfois tellement lourdes que les infirmières croient qu'elles sont incapables d'établir une relation thérapeutique, d'effectuer les évaluations détaillées qui s'imposent de leurs patients ou de consulter des infirmières et d'autres professionnels de la santé. Elles croient que ces facteurs contribuent aux erreurs et aux cas d'« échec des secours » mentionnés dans les publications infirmières. Lorsque les infirmières ont le temps de surveiller l'apparition de problèmes potentiels, de repérer rapidement ceux qui se présentent et d'agir au bon moment, les patients évitent des complications qui peuvent se produire dans le milieu où ils sont traités (Aiken et al., 2002).

---

<sup>8</sup> Le **travail occasionnel** se traduit en général par des heures irrégulières, peu ou pas d'avantages sociaux (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2001, p. 42).

<sup>9</sup> On entend par lourdeur la gravité de la maladie.

La lourdeur des charges de travail peut aussi empêcher les infirmières chevronnées de guider leurs collègues qui ont moins d'expérience. Les infirmières n'ont pas toujours le temps de remplir des rapports en cas d'erreur et ne savent pas trop si leurs questionnaires ont même le temps de les lire et d'y donner suite (Rodney, Doane, Storch et Varcoe, 2003).

Des psychologues et d'autres chercheurs qui ont étudié les milieux de travail confirment que les événements indésirables se produisent lorsque les gens sont bousculés, sous pression, surmenés et troublés sur le plan affectif ou qu'ils travaillent dans des situations difficiles (Buerhaus, 1999).

Lorsque les infirmières essaient de faire trop de choses en même temps ou qu'elles manquent de temps, elles peuvent passer en mode de « surcharge ». Il se peut alors qu'elles captent mal un problème, parce que de mauvais indices attirent leur attention (Reeder, 2001). Par ailleurs, le rythme accéléré du travail peut causer un désarroi éthique ou moral<sup>10</sup> chez l'infirmière, qui se sent alors coupable et préoccupée. L'anecdote qui suit illustre le désarroi qu'une infirmière a vécu à cause de la complexité du milieu de travail.

« Je travaille en soins ambulatoires pour patients en chirurgie traités en service externe. Je veux quitter les soins infirmiers avant qu'il arrive quelque chose. La plupart de mes patients sont âgés, prennent beaucoup de médicaments, ont de nombreux problèmes contrôlés (diabète, problèmes cardiaques, tension artérielle), ont subi une intervention chirurgicale à cœur ouvert, une arthroplastie de la hanche, une chirurgie pour des cataractes, etc. Lorsque le patient arrive le matin pour une chirurgie de jour, nous avons très peu de temps pour apprendre à le connaître et procéder à une évaluation minutieuse. Compte tenu de la complexité des soins, du vieillissement des patients, de leurs médicaments, etc., il est absolument impossible pour moi de croire en toute confiance que j'ai évalué complètement tous les aspects importants du patient en cause afin de le confier sans danger au chirurgien. Il y a plusieurs années, les choses ne se passaient pas ainsi. La complexité des cas augmente toutefois tous les jours. Un jour, il arrivera quelque chose et je serai coupable parce que j'aurai raté un facteur au sujet de l'état du patient. Le système aura toutefois préparé le terrain. Il faut que je quitte la profession infirmière maintenant. J'occupe un poste où le risque s'alourdit à la fois pour moi-même et pour les patients. »

L'alourdissement des charges de travail, les pressions imposées par les délais, les interruptions fréquentes et l'incapacité de prévoir ce qui se passera dans le milieu de travail ont des répercussions sur la santé des infirmières et, par conséquent, sur celle de leurs patients (Aiken et al., 2001; Baumann et al., 2001). Au Canada, les travailleurs de la santé sont plus susceptibles que ceux des autres secteurs de s'absenter du travail pour cause de maladie et d'incapacité, et les infirmières perdent plus de jours de travail pour cause de maladie et d'incapacité que les autres travailleurs de la santé (ICIS, 2001).

---

<sup>10</sup> Le **désarroi éthique ou moral** fait son apparition lorsqu'une personne est incapable de respecter ses choix de nature éthique, lorsque des contraintes l'empêchent d'agir comme elle croit juste de le faire (AIIC, 2003a, p. 2).

Des recherches récentes ont révélé que beaucoup d'activités infirmières ne se font pas ou sont retardées. Celles qui ne se font pas comprennent le plus fréquemment les suivantes : reconforter le patient et lui parler, lui dispenser des soins du dos et de la peau, instruire les patients et les membres de leur famille et inscrire au dossier les soins fournis. Les activités retardées sont le plus souvent celles qui consistent à prendre les signes vitaux du patient, à poser et à changer ses pansements, à le faire bouger ou à le tourner et à répondre à la sonnette d'appel (O'Brien-Pallas, 2003). La réduction du personnel de soutien, l'obligation d'effectuer davantage de tâches administratives à cause de la diminution du nombre des postes d'infirmières gestionnaires (Aiken et al., 2001) et l'obligation de surveiller du personnel infirmier moins qualifié sont des facteurs qui éloignent les infirmières du soin direct des patients.

### ***Besoin d'appui clinique***

Les infirmières ont besoin d'appui pour dispenser des soins infirmiers sécuritaires. À cause du manque de financement, elles ont vu disparaître graduellement un grand nombre des moyens d'appui dont elles ont besoin. On a raccourci les programmes d'initiation des infirmières, et les programmes d'éducation permanente sont moins nombreux (IOM, 2003). On a éliminé les postes d'infirmières gestionnaires et les postes de soutien clinique tels que ceux d'infirmières enseignantes et d'infirmières cliniciennes spécialisées, ou l'on en a réduit le nombre. Pour beaucoup d'infirmières, ces mesures ont entraîné la disparition de relations significatives avec des infirmières plus chevronnées, qui sont à la fois visibles et accessibles (Comité consultatif des ressources humaines en santé [CCRHS], 2002). Les possibilités pour les infirmières débutantes de bénéficier de l'encadrement de leurs collègues plus expérimentées diminuent à mesure que les charges de travail s'alourdissent et que les infirmières plus âgées partent à la retraite.

L'anecdote qui suit témoigne de la valeur de l'expérience professionnelle et du besoin d'en faire profiter les collègues débutantes.

Une infirmière du service prépare des médicaments pour ses patients. Elle remarque que même si l'étiquette est correcte, les pilules d'un même médicament sont d'une couleur différente de celles qu'elle avait administrées au cours des deux jours précédents. Même si elle est très occupée, cette différence la préoccupe et elle décide de prendre le temps de téléphoner à la pharmacie. Elle reste en ligne assez longtemps pendant que quelqu'un vérifie. On lui répond qu'elle raison : à la pharmacie, le flacon contenant le médicament prescrit se trouve à côté de celui qui contient le médicament qu'on a envoyé par erreur au service.

Dans ce scénario, c'est une infirmière chevronnée qui vérifie auprès de la pharmacie. Une infirmière débutante aurait-elle cru qu'elle aurait le temps de téléphoner? Aurait-elle eu assez confiance en elle pour interroger la pharmacie? Voilà un incident évité de justesse dont personne d'autre, sauf l'infirmière en cause, aura même connaissance.

En résumé, les milieux de travail peuvent aider les infirmières à dispenser des soins infirmiers sécuritaires ou les empêcher de le faire (CCRHS, 2002; Baumann et al., 2001; IOM, 2003). Actuellement, les infirmières craignent que nombre de facteurs reliés à leurs milieux de travail n'aient des répercussions défavorables sur la sécurité des patients.

## 2. Travail d'équipe et communication

Les infirmières et les autres professionnels de la santé reconnaissent que le travail d'équipe et la possibilité d'exercer la profession en collaboration sont des aspects importants de la sécurité des patients (Affonso et Doran, 2002). Toutefois beaucoup de facteurs du milieu de travail des infirmières, comme ceux que nous avons décrits ci-dessus, peuvent nuire à la communication et au travail d'équipe. On a déterminé des périodes clés où il y a une rupture des communications, notamment au cours des périodes de transition telles que les changements de quarts de travail et le transfert de patients entre des établissements (Cook et al., 2000). L'impact que la faiblesse des communications a sur leurs patients préoccupe les infirmières, et cette préoccupation est justifiée par les conclusions des travaux de recherche infirmière.

En 2001, des chercheuses ont présenté une étude portant sur de nombreux patients et infirmières dans 19 hôpitaux d'enseignement de l'Ontario (McGillis Hall et Doran, 2001). Elles ont noté que plus la communication au sein du personnel infirmier et entre les infirmières et les autres soignants était de qualité, meilleur était l'état de santé des patients lorsqu'ils recevaient leur congé de l'hôpital. Les patients fonctionnaient à un niveau plus élevé de santé physique et affective et avaient une plus grande capacité de s'occuper d'eux-mêmes. Dans un contexte de meilleure communication, les patientes en obstétrique étaient plus satisfaites des soins infirmiers reçus. Ces résultats confirment les constatations issues de recherches antérieures.

Au moins 30 % de tous les incidents défavorables mettant en cause des patients qui ont été signalés à la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada (SPIIC) en 2002 sont attribuables à la médiocrité du travail d'équipe et de la communication<sup>11</sup>. Des communications et des décisions mauvaises peuvent être à l'origine de mauvaises évaluations des patients, d'erreurs d'évaluation et de diagnostic et d'un contrôle inadéquat des patients (SPIIC, 2003).

La vignette qui suit démontre que le manque de collaboration et de communication entre les professionnels de la santé peut causer des événements indésirables.

L'administration d'une vaste région de soins de santé a demandé à tous les centres de coût de réduire leurs dépenses. On les a exhortés à le faire en analysant leurs propres coûts, sans tenir compte des autres services concernés par les compressions. La pharmacie a fait les choix qu'elle jugeait favorables à la réduction des coûts. Un de ces choix consiste à utiliser un nouveau type de sac pour les médicaments toxiques contre le cancer qui sont administrés par voie intraveineuse. Jusqu'à présent, on a utilisé des sacs clairement identifiables qui préviennent les infirmières de la toxicité de leur contenu, ce qui leur permet de traduire ces renseignements en sécurité pour les patients, sans avoir même à lire d'abord le nom du médicament (« sécurité d'un coup d'œil »). Le nouveau sac ne sera pas clairement identifiable. On n'a pas consulté les infirmières au sujet de ce changement : on leur a seulement dit ce qui se passerait.

<sup>11</sup> P. McLean, SPIIC (communication personnelle, 4 novembre 2003).

Dans ce cas, les infirmières ont dit qu'elles craignent que l'élimination d'une indication visuelle qui les aidait à être prudentes ne menace la sécurité des patients. L'anecdote démontre aussi la préoccupation des infirmières qui pensent qu'on oublie souvent leur point de vue sur la sécurité des patients.

### 3. Point de vue des infirmières sur la sécurité des patients

Afin de contribuer plus à fond à la sécurité des patients, les infirmières croient qu'elles doivent se faire entendre, que la profession doit faire preuve de leadership pour placer ses enjeux au premier plan et qu'on a besoin de données sur les questions de sécurité des patients qui ont trait particulièrement à la profession infirmière.

#### *Écouter les infirmières*

Les cas très médiatisés, comme les décès d'enfants au programme de soins cardiaques pédiatriques dans un hôpital pour enfants de Winnipeg, soulèvent des questions sur la façon dont on traite les préoccupations des infirmières. Après avoir été témoins de problèmes chirurgicaux et de décès troublants, des infirmières du bloc opératoire de l'hôpital ont prévenu leurs superviseurs et les cadres supérieurs de la situation. Rien n'a changé. Dans son rapport d'enquête du coroner, le juge en chef associé Sinclair formulait les constatations suivantes :

« On a rejeté les préoccupations exprimées par certaines des infirmières en chirurgie cardiaque en affirmant qu'elles étaient incapables de faire face, sur le plan affectif à la mort de certains patients. On a en outre rejeté toutes les préoccupations soulevées par les infirmières au sujet de questions médicales en affirmant qu'elles étaient sans fondement, qu'elles découlaient clairement du fait que les infirmières n'avaient pas la formation et l'expérience nécessaires pour avoir une telle opinion ou l'exprimer. En outre, alors que les médecins du CSS [Centre des sciences de la santé] avaient un représentant au conseil d'administration de l'hôpital, les infirmières, elles, n'en avaient pas » (Sinclair, 2000, chap. 10).

Beaucoup d'infirmières qui ont travaillé au cours de la récente flambée de SRAS à Toronto ont été frustrées et furieuses de voir qu'on ne les écoutait pas et qu'on ne reconnaissait pas leur expertise clinique. Les propos d'une infirmière de chevet dans le contexte de soins actifs traduisent ces sentiments.

L'administration et le personnel médical n'ont pas tenu compte des infirmières... et les ont étouffées. On n'a pas tenu compte d'elles et l'on a considéré qu'elles n'avaient aucune connaissance des questions médicales. Quelles raisons pourrait on avoir eues de ne pas écouter les infirmières (Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2003)?

Certaines infirmières croient qu'elles sont en danger si elles parlent de ce qu'elles voient et savent. Il se peut qu'elles ne révèlent pas certains problèmes menaçant la sécurité des patients si elles n'œuvrent pas dans un milieu qui les appuie. L'anecdote qui suit illustre l'hésitation d'une étudiante infirmière à se faire entendre. Quelle formation ou quel encadrement aurait aidé l'étudiante à penser qu'elle pouvait se faire entendre au sujet d'une violation des méthodes prescrites?

Une étudiante en fin de programme de sciences infirmières raconte une anecdote au sujet d'un patient qui avait besoin d'un cathéter difficile à poser. Le personnel infirmier avait appelé le médecin; celui-ci avait reconnu qu'il y avait des raisons à l'origine de la difficulté et il avait promis de venir pratiquer l'intervention. L'arrivée du médecin se faisait attendre, et le patient se sentait de plus en plus mal à l'aise. Quelques heures plus tard, le médecin est arrivé habillé en civil avec son sac à dos. L'infirmière avait préparé le plateau stérile et créé un champ propre/stérile. Sans enlever son sac à dos ni se laver les mains, le médecin a introduit le cathéter, violant ainsi la technique stérile. Il est reparti rapidement. L'étudiante infirmière a commencé à se demander comment cela pouvait se passer ainsi et à s'interroger sur l'utilité des efforts qu'elle avait faits pour éviter l'infection.

### ***Besoin de leadership infirmier***

Au cours des premières années de la restructuration, on n'a pas seulement réduit le nombre de postes d'infirmières gestionnaires, d'infirmières cliniciennes spécialisées et d'infirmières enseignantes, comme on l'a dit plus tôt; on a aussi supprimé beaucoup de postes de chef des soins infirmiers. Beaucoup d'infirmières ont donc été exclues de l'élaboration des politiques dans leur établissement de santé parce que leurs dirigeantes ne faisaient plus partie des systèmes de gestion (CCRSS, 2002; Aiken et al., 2001). Les infirmières en chef qui sont demeurées en poste ont noté que le champ de leur contrôle avait pris de l'ampleur et incluait d'autres services. Les infirmières gestionnaires ont dû accepter la responsabilité d'un plus grand nombre de services infirmiers. Les infirmières doivent relever des défis pour fournir le leadership permettant de faire face aux risques menaçant la sécurité des patients dans leur milieu de travail.

### ***Besoin de données***

Jusqu'à maintenant, plusieurs facteurs ont limité l'information sur le point de vue des infirmières et leur contribution à la sécurité des patients. Les bases de données existantes saisissent seulement un petit nombre de variables particulières aux soins infirmiers et la déclaration des données à l'intérieur d'un même établissement et entre les établissements manque de fiabilité. La difficulté découle en partie de la variation des définitions qui ont trait à la sécurité des patients.

Les problèmes de définitions et de bases de données ne se limitent pas au secteur des soins infirmiers : il n'y a pas de façon uniforme de repérer et de suivre les erreurs dans l'ensemble du système de santé. On a indiqué que le fait d'étudier les conclusions tirées des données sur les accidents évités de justesse contribuera plus à la qualité des soins et à la sécurité des patients que le fait de se concentrer uniquement sur les événements indésirables (Barach et Small, 2002).

De plus en plus de documents portent sur les résultats reliés à la sécurité du patient qui sont sensibles aux interventions des infirmières. Il s'agit notamment des erreurs dans l'administration de médicaments, des chutes de patients, des plaies de lit et des infections nosocomiales (White et McGillis, 2001). Des travaux en cours dans ce domaine aideront à répondre au besoin d'un point de vue plus détaillé des infirmières sur les enjeux reliés à la sécurité des patients.

#### **4. Point de vue des patients sur la sécurité des patients**

Les infirmières sont d'avis qu'il est important d'intégrer le point de vue des patients dans les stratégies qui portent sur leur sécurité, mais elles craignent qu'on ne le fasse pas toujours. Les patients peuvent contribuer aux erreurs, mais ils peuvent aussi aider à les repérer ou à les éviter. Les patients peuvent, par exemple, mettre leur santé en danger en combinant des médicaments d'ordonnance et des médicaments en vente libre sans consulter un professionnel de la santé. Ils peuvent, par ailleurs, prévenir les infirmières d'erreurs possibles dans l'administration de médicaments lorsqu'ils connaissent les soins qu'ils reçoivent et peuvent mentionner, par exemple, que la couleur et la forme d'une pilule diffèrent de celles des pilules précédentes.

Il se peut que l'incompréhension du point de vue des patients contribue à leurs problèmes de sécurité. Il pourrait y avoir malentendu lorsque des infirmières rejettent les points de vue des patients, les interprètent mal, les devinent ou les sous-évaluent (Bournes et Flint, 2003). En parlant aux patients de leur sécurité, les infirmières peuvent les encourager à intervenir plus activement dans les soins qu'ils reçoivent et à être partenaires des soignants dans la recherche de la sécurité (Reeder, 2001).

#### **5. Technologie**

Les erreurs dans l'administration de médicaments sont parmi les plus courantes (Kohn et al., 1999). Il ne faut donc pas s'étonner de voir des distributrices de médicaments et des systèmes d'automatisation de l'établissement d'ordonnances au nombre des progrès récents de la technologie. Les appareils médicaux pour le soin des patients, les systèmes de gestion de l'information, les systèmes de contrôle des patients et les systèmes informatisés de saisie des ordonnances sont au nombre des technologies nouvelles.

Ces dispositifs et ces systèmes pourraient faire progresser la sécurité des patients (Curtin et Simpson, 2002), mais ils peuvent aussi contribuer à des événements indésirables. Comme nous l'avons déjà dit, la technologie peut alourdir la complexité des soins. Les infirmières craignent que leurs collègues comptent trop sur la technologie et n'accordent plus suffisamment d'attention aux signes et symptômes des patients. Par exemple, lorsqu'elle concentre son attention sur un écran de surveillance des signes vitaux installé au chevet du patient, l'infirmière peut oublier de l'observer. Qu'est-ce qui attire le regard de l'infirmière sur l'écran plutôt que sur le patient (Marck, 2000)? Quel en est l'impact sur la sécurité des patients?

Les infirmières ne participent pas toujours à la prise de décisions sur l'élaboration et la mise en œuvre de technologies nouvelles. Il se peut qu'elles ne reçoivent pas la formation nécessaire sur de nouveaux dispositifs ou systèmes avant leur mise en œuvre. Ces deux facteurs peuvent alourdir le risque d'événements indésirables. Les infirmières de chevet ont beaucoup d'expertise à apporter à la mise en œuvre sécuritaire de la technologie. Au cours d'un essai pilote d'un système de codage à barres pour l'administration des médicaments, des infirmières ont fourni aux créateurs du système des commentaires qui ont aidé à peaufiner le logiciel et le matériel et qui ont contribué à produire un système efficace plus convivial (Johnson, Carlson, Tucker et Willette, 2002).

## 6. Culture du blâme

La déclaration honnête des erreurs par les professionnels de la santé joue un rôle clé dans l'amélioration de la sécurité des patients (O'Connell, White et Platt, 2003). Pour les infirmières, le fait de signaler ou non des erreurs est déterminé par plusieurs facteurs. Il arrive parfois que les infirmières ne peuvent s'entendre sur ce qui constitue une erreur. Si une infirmière n'administre pas avant midi un médicament prescrit pour 10 heures, considère-t-on qu'il s'agit d'une erreur? Ce que l'entourage de l'infirmière pense et la politique de l'organisation jouent probablement sur la perception de l'erreur. Il se peut que les infirmières hésitent à divulguer les erreurs ou les accidents évités de justesse et à en parler, craignant que ce qu'elles disent puisse être retenu contre elles, en particulier si un tribunal ou un organisme de réglementation est saisi de l'affaire.

La culture de l'organisme de soins de santé joue sur la nature et le nombre des erreurs déclarées (White et McGillis, 2001). Les infirmières doivent souvent faire face à une « culture du blâme » pendant les enquêtes sur des événements indésirables. Lorsqu'on attribue la responsabilité d'une erreur à des infirmières en particulier, cela décourage la franchise et la divulgation des erreurs. Les patients ont le droit de savoir quand un événement indésirable s'est produit dans le contexte des soins, ainsi que de recevoir le traitement approprié pour remédier au problème. Les organismes de soins de santé devraient avoir des principes directeurs sur la déclaration qui appuient une bonne pratique clinique et améliorent la sécurité des patients.

Le fait qu'on reproche une erreur à une infirmière peut renforcer le sentiment de honte et d'échec et lui faire perdre confiance et craindre des représailles (Reeder, 2001). Les conséquences d'une erreur peuvent aller jusqu'à la suspension ou au congédiement, à des mesures disciplinaires imposées par la profession qui peuvent entraîner une suspension ou une révocation du permis d'exercice, à des poursuites en justice, même au criminel. Une infirmière peut devoir faire face à une ou plusieurs de ces conséquences à la suite d'un incident qui met en cause un patient (SPIIC, 1999).

Lorsqu'une infirmière fait une erreur, elle doit rendre compte de ses actes. Comme Thompson (2000) l'a toutefois signalé : « À un moment donné de notre histoire, pendant que nous cherchions à garantir la sécurité de la pratique et de l'environnement, il est devenu inacceptable de faire des erreurs et nous avons instauré le blâme et les sanctions. Le but était approprié, mais il en découle toutefois une culture qui cherche une personne à blâmer. » Comment peut-on tirer des leçons des erreurs? Une culture du blâme ne reconnaît pas que l'erreur individuelle et celle du système de santé sont en grande partie interdépendantes.



## **Conclusion : Pour relever les défis posés par la sécurité des patients**

---

Le Comité directeur national sur la sécurité du patient (2002), qui regroupait des représentants du secteur infirmier et d'autres groupes, a déclaré que pour rendre le système de santé plus sécuritaire, la clé consiste à créer, maintenir et promouvoir une culture de la sécurité. Il est important que le système de santé cesse de « nommer, blâmer et humilier » et qu'il cherche à prévenir les erreurs futures en modifiant en son sein les structures et les processus qui contribuent aux événements indésirables et évités de justesse.

Les infirmières cherchent à répondre aux pressions du public et des fournisseurs de soins en vue de découvrir de meilleures façons de dispenser des soins sécuritaires. Des chercheurs de l'Université de Toronto ont créé un cadre conceptuel qui guidera les innovations en matière de recherche, de pratique et d'éducation dans le domaine de la sécurité des patients (Affonso et Doran, 2002). Les quatre piliers d'intervention de ce cadre conceptuel sont les suivants :

- créer des outils techniques afin de mettre au point de meilleures façons d'utiliser les médicaments et les appareils;
- appliquer la conception fondée sur les facteurs humains<sup>12</sup> pour créer des milieux de travail plus sécuritaires;
- réformer la culture organisationnelle afin de créer des conditions nécessaires à la réflexion critique, à la pratique conforme à l'éthique et aux possibilités d'apprentissage;
- produire des processus afin d'optimiser les soins sécuritaires.

Les infirmières sont en train de mettre sur pied des systèmes de classification des erreurs en soins infirmiers afin de pouvoir comparer les données de tous les milieux de travail et suggérer des solutions concrètes (Benner et al., 2002). D'autres utilisent des modèles pour analyser les rapports d'incidents critiques et d'erreurs et comprendre la chaîne de situations qui peut être à l'origine d'un événement indésirable (Meurier, 2000).

Un solide leadership infirmier s'impose pour garantir que l'on fait entendre les opinions des infirmières sur les enjeux reliés à la sécurité des patients. Le leadership infirmier ajoute un point de vue sans pareil au dialogue sur la sécurité des patients, car « peu de chefs de file du secteur des soins de santé sont mieux équipés ou connaissent mieux le système en général, son fonctionnement et les liens entre ses rouages qui forment un tout ». (Thompson, 2000, p. 509) Il faut aborder les enjeux difficiles comme la pénurie d'infirmières et le besoin de restructuration du travail soulevés par les infirmières et décrits dans le présent document.

Dans son rapport, l'Institute of Medicine prévient qu'il n'y a pas une mesure qui assurera à elle seule la sécurité des patients : des « grappes » de mesures de sécurité des patients s'imposent plutôt dans le milieu de travail des infirmières. Ces mesures de protection comprennent les suivantes :

---

<sup>12</sup> On considère l'**approche fondée sur les facteurs humains** utilisée pour réduire les erreurs dans les industries vulnérables aux accidents comme l'aéronautique. Cette approche porte avant tout sur les liens entre les personnes, les outils qu'elles utilisent et leur milieu de travail. On pourrait, par exemple, mettre au point une distributrice de médicaments pour que l'administration de médicaments n'ait pas à dépendre autant de la mémoire de l'infirmière (American Hospital Association, 2002; Affonso et Doran, 2002).

- conseils d'administration axés sur la sécurité;
- structures et processus de leadership et de gestion factuelle;
- leadership infirmier efficace;
- juste dotation en personnel;
- appui des organismes en faveur de l'acquisition continue du savoir et de l'aide à la décision;
- mécanismes favorisant la collaboration interdisciplinaire;
- concepts de travail propices à la sécurité;
- culture organisationnelle renforçant continuellement la sécurité des patients (IOM, 2003).

À l'échelon international, le Conseil international des infirmières est en train de lancer un projet d'élaboration de principes sur la sécurité des patients. À l'échelon national, l'AIC participe à de nombreuses activités reliées à la sécurité des patients (voir Annexe B). Quant aux associations d'infirmières des provinces et des territoires, elles se penchent sur la sécurité des patients dans le contexte de nombreuses initiatives : programmes d'éducation, publications, conférences et discussions avec des interlocuteurs clés, notamment.

Toutes les infirmières ont une importante contribution à apporter pour protéger et améliorer la sécurité des patients. Comme elles sont, parmi les fournisseurs de soins de santé, les intervenantes qui passent le plus de temps auprès des patients à superviser, coordonner et dispenser des soins, elles sont dans une situation idéale pour renforcer le filet de sécurité de ces soins. Le point de vue des infirmières sur la réduction du nombre d'erreurs et l'amélioration des systèmes doit faire partie d'une démarche fondée sur la collaboration, qui met à contribution le public, les autres fournisseurs de soins, les employeurs, les éducateurs, les administrateurs, les chercheurs et les gouvernements à tous les paliers du système de santé.

## Références

---

- Affonso, D. D. et Doran, D. (2002). Cultivating discoveries in patient safety research: A framework. *International Journal of Nursing Perspectives*, 2(1), 33-47.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., et al. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20(3), 43-53.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. et Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1987-1993.
- American Hospital Association. (2002). *Pathways for Medication Safety* (Appendix 2: List of definitions and acronyms). Extrait le 17 novembre 2003 de [www.medpathways.info](http://www.medpathways.info)
- Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2003). *SARS unmasked: Celebrating resilience, exposing vulnerability: A report on the nursing experience with SARS in Ontario*. Toronto : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada et Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (17 septembre 2003). Les infirmières du Canada face aux dernières données statistiques : C'est un avertissement qu'il faut suivre en agissant [Communiqué]. Ottawa : extrait le 20 octobre 2003 de [www.cna-nurses.ca/pages/press/canadas\\_nurses\\_see\\_latest\\_data\\_as\\_a\\_warning\\_fr.htm](http://www.cna-nurses.ca/pages/press/canadas_nurses_see_latest_data_as_a_warning_fr.htm)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003a). *Déontologie pratique pour infirmières et infirmiers : Le désarroi éthique dans les milieux de soins de santé*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003b). *Exposé de position : Décision sur les effectifs pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003c). *Points saillants des statistiques infirmières de 2002*. Tiré de *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada*. Institut canadien d'information sur la santé, 2002. Extrait le 16 novembre 2003 de [www.cna-nurses.ca/\\_frame/resources/statsframe\\_fr.htm](http://www.cna-nurses.ca/_frame/resources/statsframe_fr.htm)
- Baker, G. R. et Norton, P. (2001). Making patients safer! Reducing error in Canadian healthcare. *Healthcare Papers*, 2(1), 10-31.
- Barach, P. et Small, S. D. (2002). Reporting and preventing medical mishaps: lessons from non-medical near miss reporting systems. *British Medical Journal*, 320, 759-763.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al. (2001). *Engagement et soins : Les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système – Synthèse pour politiques*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.

- 
- Benner, P., Sheets, V., Uris, P., Malloch, K., Schwed, K. et Jamison, D. (2002). Individual, practice, and system causes of errors in nursing: A taxonomy. *Journal of Nursing Administration*, 32(10), 509-523.
- Bournes, D.A. et Flint, F. (2003). Mis-takes: Mistakes in the nurse-person process. *Nursing Science Quarterly*, 16(2), 127-130.
- Brennan, T. A., Leape, L. L., Laird, N. M., Herbert, L., Localio, A. R., Lawthers, A. G., et al. (1991). Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. *New England Journal of Medicine*, 324(6), 370-376.
- Buerhaus, P.I. (1999). Lucian Leape on the causes and prevention of errors and adverse events in health care. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 281-286.
- Cho, S. H., Ketefian, S., Barkauskas, V. H. et Smith, D. G. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.
- Comité consultatif des ressources humaines en santé. (2002). *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes – Rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*. Ottawa : auteur.
- Comité directeur national sur la sécurité du patient. (2002). *Accroître la sécurité du système : Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*. Ottawa : auteur.
- Cook, R.I., Render, M. et Woods, D. D. (2000). Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *British Medical Journal*, 320, 791-794.
- Curtin, L. L. et Simpson, R. L. (2002). The Bermuda Triangle: Staffing, patient safety and the shortage of nurses: Where technology can help. *Proceedings of the 2002 Annual HIMSS Conference and Exhibit*. Chicago: Healthcare Information and Management Systems Society.
- Davies, J. M., Hébert, P. et Hoffman, C. (2003). *The Canadian patient safety dictionary*. Ottawa : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2001). *Les dispensateurs de soins au Canada*. Ottawa : auteur, p. 42.
- Institute of Medicine of the National Academies. (2003). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC: National Academies Press. Extrait le 16 novembre 2003 de [www.nap.edu/openbook/0309090679/html/R2.html](http://www.nap.edu/openbook/0309090679/html/R2.html)
- Johnson, C. L., Carlson, R. A., Tucker, C. L. et Willette, C. (2002). Focus: Patient safety: Using BCMA software to improve patient safety in Veterans Administration Medical Centers. *Journal of Healthcare Information Management*, 16(1), 46-51. Extrait le 14 novembre 2003 de <http://www.himss.org/asp/ContentRedirector.asp?ContentID=14283>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M. et Donaldson, M. S. (1999). *To err is human: Building a safer system*. Washington, DC: National Academy Press.

Marck, P. (2000). Nursing in a technological world: Searching for healing communities. *Advances in Nursing Science*, 23(2), 62-81.

Marck, P., Allen, D. et Phillipchuk, D. (2001). Patient safety is pressing concern for RNs: Review of AARN Practice Consultations: January 12 – September 7, 2001. *Alberta RN*, 57(7), 4-6.

McGillis Hall, L. et Doran, D. I. (2001). *A study of the impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes: A summary report of the nursing staff mix outcomes study*. Université de Toronto. Extrait le 19 septembre 2003 de [www-fhs.mcmaster.ca/nru/documents/web.McGillis%20Hall.pdf](http://www-fhs.mcmaster.ca/nru/documents/web.McGillis%20Hall.pdf)

Meurier, C. E. (2000). Understanding the nature of errors in nursing; using a model to analyse critical incident report of errors which had resulted in an adverse or potentially adverse event. *Journal of Advanced Nursing*, 32(1), 202-207.

National Health Service. (2000). *An organisation with a memory: Report of an expert group on learning from adverse events in the NHS*. Londres : Department of Health. Extrait le 5 novembre 2003 de [www.doh.gov.uk/orgmemreport/index.htm](http://www.doh.gov.uk/orgmemreport/index.htm)

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.

Nicklin, W. (2001). Cutting healthcare costs without preventable clinical incidents: Together we can improve. *Healthcare Papers*, 2(1), 66-70.

Nicklin, W. et McVeety, J. E. (2002). Canadian nurses' perceptions of patient safety in hospitals. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 15(3), 1-11.

O'Brien-Pallas, L. (Novembre 2003). *Canada and Ontario HR trends*. Recherche présentée au conseil d'administration de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., Wang, S., Birch, S., Tomblin Murphy, G., Roy, F. A., et al. (2003). Early retirement among RNs: Estimating the size of the problem in Canada. *Longwoods Review*, 1(4), 2-9.

O'Connell, D., White, M. K. et Platt, F. W. (2003). Disclosing unanticipated outcomes and medical errors. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 10(1), 25-29.

Reeder, J. M. (2001). Patient safety: Cultural changes, ethical imperatives. *Healthcare Papers*, 2(1), 48-54.

Rodney, P., Doane, G., Storch, J. et Varcoe, C. (2003). [Ethics in action: Strengthening nurses' enactment of their moral agency within the cultural context of health care delivery]. Données préliminaires non publiées.

Sinclair, C. M. (2000). Treatment of Nurses (chap. 10). In *Report of the Manitoba pediatric cardiac surgery inquest*. Winnipeg : Cour provinciale du Manitoba.

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (1999). *InfoDroit : Les risques juridiques de la profession infirmière*, 8(1). Ottawa : auteur.

Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). *Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada – Rapport annuel 2002*. Ottawa : auteur.

Thompson, P.A. (2000), Patient safety: Pieces of a puzzle. *Journal of Nursing Administration*, 30(11), 509.

Tourangeau, A.E., Giovannetti, P., Tu, J.V. et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 33(4), 71-88.

White, P. et McGillis Hall, L. (2001). Patient safety outcomes. Dans D. M. Doran (Ed.), *Nursing sensitive outcomes state of the science* (pp. 211-242). Toronto : Jones et Bartlett.

Wilson, R. M., Runciman, W. B., Gibberd, R. W., Harrison, B. T., Newby, L. et Hamilton, J. D. (1995). The quality of Australian health care study. *The Medical Journal of Australia*, 163, 458-471.

# Annexe A

## Énoncé de position : La sécurité des patients



### Énoncé de position



#### LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Le système de soins de santé du Canada est considéré comme l'un des plus sûrs au monde. Toutefois, ainsi que l'ont démontré des études d'envergure réalisées dans plusieurs pays<sup>1</sup>, les systèmes de soins de santé sont vulnérables à l'erreur et aux défaillances et le risque d'événements indésirables<sup>2</sup> est important. On considère que les problèmes de sécurité des patients émanent de facteurs systémiques tels que l'évolution rapide du système de soins de santé, l'utilisation accrue de la technologie, la disponibilité limitée de ressources, sans oublier la pénurie de professionnels qualifiés et l'accélération du rythme du travail.

Les infirmières<sup>3</sup> du Canada expriment de plus en plus souvent leurs préoccupations au sujet de la capacité du système de santé actuel de dispenser des soins en toute sécurité. Compte tenu de l'engagement des infirmières qui est souligné dans la première des valeurs définies dans le *Code de déontologie des infirmières*, à savoir des « soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique »<sup>4</sup>, les infirmières sont aux prises avec un désarroi moral de plus en plus lourd en continuant à travailler dans des milieux incapables de favoriser une pratique professionnelle de qualité. Les infirmières ont déjà beaucoup fait pour s'attaquer aux préoccupations soulevées par la sécurité des patients, comme en témoignent la masse croissante de recherches sur les pratiques exemplaires et les milieux de travail de qualité<sup>5</sup>, ainsi que les efforts déployés par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) pour promouvoir la planification appropriée des ressources humaines dans le système de santé. Mais il reste encore beaucoup à faire.

#### POSITION DE L'AIIC

La sécurité des patients consiste à prévenir les actes contraires à la sécurité et à en atténuer les répercussions dans le système de soins de santé. Mais pour la profession infirmière, c'est encore plus que cela. Cela signifie que le patient reçoit des soins d'un intervenant professionnel qui, avec le consentement éclairé de l'intéressé, l'aide à atteindre un état de santé optimal tout en s'assurant que l'on prend toutes les mesures nécessaires pour éviter de causer des préjudices ou pour les réduire au minimum. La sécurité du patient joue un rôle fondamental dans les soins infirmiers et les soins de santé dans tous les milieux et tous les secteurs. C'est plus qu'un mandat : c'est un impératif moral et éthique pour qui soigne des tiers.

Le fait d'offrir aux patients des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique dans le contexte du système de soins de santé est une responsabilité commune de tous les professionnels de la santé, des organismes de soins de santé et des gouvernements, et elle exige la participation du public.

<sup>1</sup> Comme on le résume dans *Nursing Sensitive Outcomes*, des études réalisées aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande indiquent que le taux des événements indésirables est de l'ordre de 3,7 % à 16,6 % du total des hospitalisations (Doran, 2003). Les taux canadiens d'événements indésirables dans les soins actifs font l'objet d'une enquête dont les résultats devraient être dévoilés au début de 2004.

<sup>2</sup> Un événement indésirable est une blessure ou une complication non intentionnelle qui entraîne une incapacité, la mort ou la prolongation du séjour à l'hôpital et qui est attribuable à la manière de gérer les soins de santé. C'est la définition qu'utilisent les chercheurs dans le contexte de la recherche effectuée par l'ICIS et les IRSC sur les événements indésirables dans les hôpitaux du Canada (Institut canadien d'information sur la santé, 2002).

<sup>3</sup> Dans tout le texte, on entend par *infirmières* les infirmières autorisées et immatriculées. **NdeT** : D'autre part, pour faciliter la lecture, la forme féminine des mots appliqués aux personnes englobe la forme masculine, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

<sup>4</sup> (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2002, p. 9).

<sup>5</sup> (AIIC, 2001).

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2  
Tél. : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : (613) 237-3520  
Site web : [www.cna-aic.ca](http://www.cna-aic.ca) Courriel : [info@cna-aic.ca](mailto:info@cna-aic.ca)



L'AIIC est d'avis que la sécurité des patients implique un vaste éventail d'actions au niveau de l'infirmière même, de la profession, de l'équipe multidisciplinaire, de l'organisation de soins de santé et du système de santé<sup>6</sup>. Ces actions doivent inclure l'offre d'un soutien clinique suffisant aux infirmières de la part des infirmières gestionnaires. Il est aussi crucial pour la sécurité des patients que les données sur les soins infirmiers soient recueillies et interprétées à l'échelon national<sup>7</sup> de façon à appuyer la recherche sur les pratiques infirmières exemplaires.

L'AIIC croit en outre que l'augmentation rapide de la pénurie d'infirmières, le recours à des méthodes de dotation inappropriées et le manque d'effectifs et de compétences appropriées dans les services de santé sont une menace importante pour la sécurité des patients<sup>8,9</sup> et contribuent à des cas d'« échec des secours »<sup>10</sup>. Les charges de travail actuelles sont parfois tellement lourdes que les infirmières sont incapables d'établir une relation thérapeutique<sup>11</sup>, d'effectuer les évaluations détaillées qui s'imposent et de chercher à obtenir l'expertise dont elles ont besoin d'autres infirmières ou d'autres professionnels. Ces charges de travail empêchent aussi les infirmières chevronnées d'être disponibles pour guider leurs collègues qui ont moins d'expérience. La précarisation de l'emploi des infirmières au cours de la dernière décennie – au profit de la réduction des coûts – a aussi contribué à réduire la disponibilité d'infirmières capables d'encadrer des collègues et, en même temps, a réduit la continuité des soins, ce qui constitue en soi une menace pour la sécurité des patients.

En ce qui concerne les ressources humaines de la santé, les questions qui ont des répercussions sur la sécurité des patients, comme celles qu'on a décrites ci-dessus, doivent être abordées au niveau du système, et les décisions doivent être fondées sur des données probantes. Il faut chercher à établir un équilibre approprié entre le personnel infirmier à plein temps et le personnel à temps partiel, occasionnel et temporaire. En ce qui concerne la composition du personnel, les décisions portant sur les compétences infirmières et, par conséquent, le niveau et la composition du personnel infirmier nécessaire pour une population donnée de patients dans un milieu donné, doivent pivoter sur une démarche factuelle<sup>12</sup>. Même si l'on dispose d'un effectif infirmier suffisant et d'une bonne combinaison de compétences infirmières, les infirmières qui ont des rôles de leadership sur le plan clinique et en matière de gestion des services doivent pouvoir exercer un contrôle dont la portée soit suffisante pour leur permettre raisonnablement de surveiller et d'appuyer les infirmières qui assureront la sécurité des patients.

Il est impossible d'assurer la sécurité des patients sans responsabiliser le système et garantir sa compétence. Les efforts visant à analyser et à réduire les événements indésirables dans la prestation des soins de santé sont plus efficaces lorsque les événements en question sont considérés comme des défaillances du système. Ce concept représente un changement de paradigme qui oblige à délaisser une culture du blâme individuel et à effectuer le virage vers une culture de la sécurité où la déclaration des événements indésirables est exigée et encouragée. Même si la compétence de chaque intervenant est un facteur important et que chacun doit rendre compte de ses propres actes, il est de plus en plus évident que la compétence du système joue un rôle majeur en matière de sécurité des patients. C'est seulement lorsqu'on signale des événements indésirables ou évités de justesse qu'il est possible de les analyser en collaboration afin de définir les problèmes du système et de s'y attaquer<sup>13,14</sup>.

<sup>6</sup> (CII, 2002).

<sup>7</sup> (AIIC, 2001).

<sup>8</sup> (Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky, 2001).

<sup>9</sup> (Aiken, Clarke, Cheung, Sloane et Silber, 2003).

<sup>10</sup> (Clarke et Aiken, 2003).

<sup>11</sup> « Les infirmières doivent s'engager à nouer des relations de confiance servant de base à une communication significative et doivent reconnaître que cela nécessite des efforts. Ces relations sont essentielles pour s'assurer que le choix de personnes est compris, exprimé et défendu. » (AIIC, 2002, p. 11).

<sup>12</sup> (AIIC, 2003).

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2  
Tél. : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : (613) 237-3520  
Site web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca) Courriel : [info@cna-aiic.ca](mailto:info@cna-aiic.ca)





Les patients ont le droit de savoir quand il s'est produit un événement indésirable dans le contexte des soins qu'ils reçoivent et d'obtenir les traitements appropriés pour régler le problème dans la mesure du possible. Lorsqu'un tel événement cause un traumatisme ou même la mort, il faut communiquer ouvertement et honnêtement avec le patient ou les membres de sa famille le plus rapidement possible. Il faut que les organismes mettent en œuvre des politiques claires sur la déclaration des événements indésirables et des événements évités de justesse, ainsi que sur la divulgation des événements indésirables aux patients et à leurs familles, afin d'appuyer une bonne pratique clinique et d'améliorer globalement la sécurité des patients dans le système.

Les infirmières doivent plaider en faveur d'un milieu de travail où elles-mêmes et les autres travailleurs de la santé soient traités avec respect et soutenus lorsqu'ils soulèvent des questions ou font des interventions relatives à des cas de pratique dangereuse ou incompétente. Toutes les provinces/tous les territoires devraient légiférer en matière de dénonciation afin qu'après avoir épuisé tous les moyens de s'attaquer au problème, les infirmières qui se prononcent publiquement et de bonne foi soient protégées contre l'exercice de représailles<sup>17, 18</sup>.

Le milieu de travail encourage ou entrave les efforts que peuvent déployer les infirmières et les autres professionnels de la santé pour dispenser des soins en toute sécurité. La création et l'appui de milieux de travail de qualité sont une responsabilité commune des praticiens, des employeurs, des gouvernements, des organismes de réglementation, des associations professionnelles, des établissements d'enseignement, des syndicats et de la population<sup>19</sup>.

Il est essentiel que toute la profession infirmière démontre un solide leadership pour faire progresser la réforme culturelle qui s'impose afin d'assurer la prestation de soins de qualité favorables à la sécurité dans les milieux de travail<sup>20</sup>. Le nombre de gestionnaires de premier niveau devrait être suffisant pour permettre des contacts raisonnables avec les infirmières. Dans les milieux de travail où le personnel comprend une majorité d'infirmières, le ou la gestionnaire de premier niveau devrait être une infirmière d'expérience ayant de bonnes capacités de leadership<sup>21</sup>.

Les infirmières peuvent énormément contribuer à la protection et à l'amélioration de la sécurité des patients. Comme elles sont les principaux prestataires de soins de santé au chevet des patients, et comme elles surveillent, coordonnent et dispensent des soins 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, les infirmières sont dans une situation idéale pour renforcer le filet de sécurité des patients. Le point de vue des infirmières sur la réduction des erreurs et l'amélioration des systèmes doit faire partie d'une stratégie de collaboration qui met à contribution le public, les autres professions, les employeurs et les gouvernements. Il faut déployer des ressources suffisantes pour effectuer ce travail à tous les niveaux du système de soins de santé.

<sup>13</sup> (Comité directeur sur la sécurité du patient, 2002).

<sup>14</sup> « Les infirmières doivent s'efforcer de prévenir ou de minimiser les événements indésirables en collaboration avec leurs collègues de l'équipe de soins » (AIIC, 2002, p. 9).

<sup>15</sup> (AIIC, 2002, p. 11).

<sup>16</sup> Les dénonciateurs sont des personnes qui dévoilent la négligence, les abus ou les dangers, comme l'inconduite ou l'incompétence professionnelles, qui existent dans l'organisation où elles travaillent. Dans les établissements de soins de santé, les infirmières peuvent être les premières à repérer une pratique dangereuse, ou des dangers réels ou éventuels (AIIC, 1999).

<sup>17</sup> (AIIC, 2002, p. 17).

<sup>18</sup> (Sinclair, 2000, chap. 10).

<sup>19</sup> (AIIC, 2001).

<sup>20</sup> (Affonso, Jeffs, Doran et Ferguson-Paré, sous presse).

<sup>21</sup> (Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2002, p. 45).

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2  
Tél. : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : (613) 237-3520  
Site web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca) Courriel : [info@cna-aiic.ca](mailto:info@cna-aiic.ca)



## CONTEXTE

Des études réalisées aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et en Nouvelle-Zélande ont montré qu'il peut se produire des événements indésirables dans une proportion de 3,7 % à 16,6 % de toutes les hospitalisations et qu'un pourcentage important de ces événements peuvent être évités<sup>22</sup>. Les taux d'événements indésirables dans les hôpitaux de soins actifs du Canada font l'objet d'une recherche subventionnée par l'Institut canadien d'information sur la santé et les Instituts de recherche en santé du Canada<sup>23</sup>.

La profession infirmière a toujours accordé la plus grande priorité à la sécurité des patients. Les associations professionnelles provinciales, territoriales et nationales ont concentré leur travail sur la sécurité des patients et l'excellence de la pratique infirmière dans l'intérêt du public. Pendant des décennies, l'AIIC a été à l'avant-garde de l'établissement de normes relatives à la pratique, à l'éducation et à l'administration des soins infirmiers, ainsi qu'à l'élaboration des principes contenus dans le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. L'AIIC élabore et préconise des politiques infirmières et des politiques publiques qui favorisent non seulement la sécurité des patients, mais aussi l'adhésion à des normes rigoureuses de soins de santé et l'excellence dans l'exercice de la profession.

Les ordres et les associations d'infirmières des provinces et des territoires réglementent la pratique infirmière. Ils élaborent et maintiennent en permanence les normes de soins infirmiers dans leur niveau de compétence au moyen de nombreux programmes portant notamment sur le permis d'exercice, les mesures disciplinaires et les exigences relatives au maintien de la compétence, souvent avec la participation d'autres professionnels de la santé et de représentants du public. L'AIIC élabore et maintient l'Examen d'autorisation infirmière au Canada.

La combinaison des efforts visant à établir et à promouvoir des normes professionnelles aux échelons provincial/territorial et national a produit de bons résultats pour guider la pratique individuelle de façon à assurer la sécurité des patients. Ce qui a changé depuis quelques années, c'est qu'on reconnaît que même si les systèmes visant à promouvoir et garantir la compétence et la responsabilisation individuelles sont indispensables, ils ne sont pas suffisants. Il est impossible d'assurer la sécurité des patients sans assurer la responsabilisation et la compétence du système.

Il faut évaluer les préoccupations relatives à la sécurité des patients et s'y attaquer en tant que problèmes systémiques. Les divers mouvements en faveur de l'amélioration continue de la qualité ont essayé d'attirer l'attention qui leur est due sur les enjeux systémiques, mais on continue de s'en remettre fortement au rendement individuel, que l'on escompte irréprochable. Souvent, cette attente ne tient pas compte des circonstances. Nous œuvrons toujours dans une « culture du blâme » où les enquêtes sur les événements indésirables visent avant tout à en attribuer la responsabilité à des personnes.

Dans le contexte du dialogue national sur la sécurité des patients, l'AIIC a participé aux travaux du Comité directeur de la sécurité des patients et en a fermement appuyé le rapport<sup>24</sup> qui a présenté des recommandations importantes sur les orientations à prendre, notamment sur la création d'un Institut canadien sur la sécurité des patients. Le budget fédéral de 2003 a prévu 10 millions de dollars par année pour appuyer la création du nouvel institut et l'AIIC continue de participer à sa mise en place.

Le travail que l'AIIC effectue pour favoriser des milieux de pratique professionnelle de qualité constitue une de ses initiatives les plus importantes en faveur de la sécurité des patients. L'AIIC appartient aussi à la Coalition canadienne pour la déclaration et la prévention des incidents médicamenteux et appuie divers efforts déployés par d'autres groupes dans le domaine de la recherche sur les indicateurs de la qualité de vie au travail, la diffusion d'information sur l'innocuité des médicaments, les chutes des patients et d'autres initiatives portant sur la sécurité des patients.

<sup>22</sup> Voir note 1.

<sup>23</sup> Voir note 2.

<sup>24</sup> Voir note 13.

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2  
Tél. : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : (613) 237-3520  
Site web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca) Courriel : [info@cna-aiic.ca](mailto:info@cna-aiic.ca)



Au centre du travail de l'AIC dans le domaine de la sécurité des patients se trouve la version récemment révisée du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Le Code présente un cadre de valeurs et d'obligations professionnelles qui doivent guider aujourd'hui les interventions des infirmières pour promouvoir et défendre la sécurité des patients. Il y est question des nombreuses responsabilités reliées à la pratique individuelle, comme celles d'obtenir un consentement éclairé, de défendre le droit du patient à l'autodétermination et de dévoiler les erreurs. Le Code met en outre en évidence l'importance du milieu de travail et l'obligation des infirmières de préconiser un milieu de travail de qualité ainsi que les ressources humaines et matérielles nécessaires pour dispenser des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique.

Novembre 2003

### Références

- Affonso, D., Jeffs, L., Doran, D. et Ferguson-Paré, M. (sous presse). Patient safety to frame and reconcile nursing issues. *Canadian Journal of Nursing Leadership*.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Cheung, R. B., Sloane, D. M. et Silber, J. H. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*, 290, 1617-1623.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1999, novembre). Témoin, je me tais/Témoin, je dénonce : Le dilemme éthique de la dénonciation. *Déontologie pratique*.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). *Énoncé de position : Collecte de données pour illustrer l'impact de la pratique infirmière*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). *Énoncé de position : Des milieux de travail de qualité pour les infirmières*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). *Énoncé de position : Décisions sur les effectifs pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.
- Clarke, S. et Aiken, L. (2003). Failure to rescue. *AJN*, 103 (1), 42-47.
- Comité consultatif des ressources humaines en santé. (2002). *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes – Rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*. Ottawa : auteur.
- Comité directeur sur la sécurité des patients. (2002). *Accroître la sécurité du système : Une stratégie intégrée pour améliorer la sécurité des patients dans le système de santé canadien*. Ottawa : auteur.
- Conseil international des infirmières. (2002). *Prise de position : Sécurité des patients*. Genève : auteur.
- Doran, D. M. (2003). *Nursing sensitive outcomes*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2002). *Foire aux questions – Le projet sur les effets indésirables*. Extrait le 4 avril 2003 de [http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw\\_page=adevents\\_faq\\_f#indesirable](http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=adevents_faq_f#indesirable)
- Needleman, J., Buerhaus, P. I., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. (2001). Nurse staffing and patient outcomes in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Sinclair, C. M. (2000). Report of the Manitoba pediatric cardiac surgery inquest: An inquiry into twelve deaths at the Winnipeg Health Sciences Centre in 1994. Winnipeg : Cour provinciale du Manitoba.

EP-70

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2  
Tél. : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : (613) 237-3520  
Site web : [www.cna-aic.ca](http://www.cna-aic.ca) Courriel : [info@cna-aic.ca](mailto:info@cna-aic.ca)

## **Annexe B**

# **La sécurité des patients et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada**

---

### **Normes**

Il y a longtemps que l'AIIC œuvre dans le domaine de la sécurité des patients. Entre 1978 et 1988, l'AIIC a établi et publié des normes professionnelles sur l'éducation, la pratique et l'administration infirmières. Ce travail a produit le leadership et les bases nécessaires à l'élaboration de normes infirmières au Canada. L'établissement de normes infirmières dans la pratique et l'éducation appartient maintenant aux ordres et aux associations d'infirmières des provinces et des territoires. Ces organismes réglementent la pratique infirmière en attribuant les permis d'exercice, en favorisant le maintien de la compétence et en prenant au besoin des mesures disciplinaires. Il s'agit là de piliers essentiels pour la protection de la sécurité des patients.

### **Examens nationaux**

L'AIIC continue d'appuyer la protection du public au moyen de l'Examen d'autorisation infirmière au Canada et de son Programme de certification, qui offre actuellement des examens nationaux dans 11 spécialités infirmières.

### **Code de déontologie**

Au centre du travail de l'AIIC dans le domaine de la sécurité des patients se trouve la version récemment révisée du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Le Code présente un cadre de valeurs et d'obligations professionnelles qui doivent guider aujourd'hui les interventions des infirmières pour promouvoir et défendre la sécurité des patients. Il y est question des nombreuses responsabilités reliées à la pratique individuelle, comme celles d'obtenir un consentement éclairé, de défendre le droit du patient à l'autodétermination et de dévoiler les erreurs. Le Code met en outre en évidence l'importance du milieu de travail et l'obligation des infirmières de préconiser un milieu de travail de qualité ainsi que les ressources humaines et matérielles nécessaires pour dispenser des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique. L'AIIC a produit des documents d'information qui aident les infirmières à appliquer le Code.

### **Initiatives sur la sécurité des patients**

En ce qui concerne les efforts déployés récemment au Canada au sujet de la sécurité des patients, l'AIIC a participé aux travaux du Comité directeur national sur la sécurité des patients, dont elle a fermement appuyé le rapport qui a présenté des recommandations importantes sur les orientations à prendre, notamment sur la création d'un Institut canadien sur la sécurité des patients. La directrice générale de l'AIIC a siégé au comité provisoire chargé de créer l'Institut.

Les travaux que l'AIIC fait sur les milieux de travail de qualité et son rôle d'orientation en matière de dénonciation constituent des initiatives importantes pour la sécurité des patients<sup>1, 2</sup>.

---

<sup>1</sup> (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1999).

<sup>2</sup> (AIIC, 2001).

L'AIIC est aussi membre de la Coalition canadienne pour la déclaration et la prévention des incidents médicamenteux et appuie les efforts déployés par d'autres groupes dans le domaine de la recherche sur les chutes des patients et la diffusion de renseignements sur l'innocuité des médicaments.

Grâce au soutien du Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada et à la solide collaboration du Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS), on est en train de reconnaître les indicateurs de la vie professionnelle et personnelle des infirmières comme des éléments importants de l'évolution de l'état de santé des patients. En 2002, dans le contexte de la recherche d'un consensus, l'AIIC a défini 32 indicateurs de la qualité de vie au travail, dont cinq ont été intégrés aux documents d'agrément du CCASS. Des infirmières chercheuses de l'Université de Toronto testent actuellement la validité et la fiabilité de ces indicateurs et d'autres encore.

## Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (Novembre 1999). Témoin, je me tais/Témoin, je dénonce : Le dilemme éthique de la dénonciation. *Déontologie pratique*.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). *Énoncé de position : Des milieux de travail de qualité pour les infirmières*. Ottawa : auteur.