

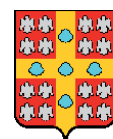
Bureau de transfert
et d'échange de connaissances
Faculté des sciences infirmières

BTEC

COLLECTION
LES RAPPORTS DU BTEC

RÔLES DE L'INFIRMIÈRE EN ONCOLOGIE
AMBULATOIRE ET FACTEURS INFLUENÇANT
LA QUALITÉ DES SOINS ET L'UTILISATION DES
RESSOURCES PROFESSIONNELLES

RAPPORT
17



UNIVERSITÉ
LAVAL

**Pistes d'action documentées pour la pratique infirmière
POUR UNE PRISE DE DÉCISION INFORMÉE
PAR DES RÉSULTATS PROBANTS**

**Rôle de l'infirmière en oncologie ambulatoire et facteurs influençant
la qualité des soins et l'utilisation des ressources professionnelles**

Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC)



CHAU Hôtel-Dieu de Lévis



Février 2009

Membres du groupe d'élaboration des pistes d'action

Maude Dumont-Paquet^a, inf., B.Sc., CSIO^b
Infirmière clinicienne

Joanne Moore^a, inf., M.Sc. (cand.)
Conseillère cadre à l'évaluation des produits

Véronique Lebel^a, inf., M.Sc., CSIO
Infirmière cadre conseil régionale en évaluation et au développement de la pratique infirmière
Secteur oncologie

Ginette Mbourou Azizah^c, Ph.D.
Coordonnatrice BTEC

Johanne Gagnon^c, inf., Ph.D. Sc.inf.
Professeure agrégée
Codirectrice scientifique BTEC

Françoise Côté^c, inf., Ph.D.
Professeure agrégée
Codirectrice scientifique BTEC

Remerciements

Nous tenons à remercier pour leur collaboration :

Les infirmières en oncologie ambulatoire^a

Les infirmières pivots en oncologie^a

Les infirmières du centre régional d'investigation pour le cancer du sein

M^{me} Jocelyne Picard-Morin^a, inf., M.Sc. pour l'animation du groupe de discussion focalisée et la priorisation de la préoccupation clinique.

M^{me} Chantal Viens professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'université Laval qui a révisé ce document à titre d'experte en organisation du travail, des soins et des services.

^a Hôtel-Dieu de Lévis, Centre hospitalier affilié universitaire

^b Certification en soins infirmiers en oncologie

^c BTEC, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

En quelques mots...

L'intégration de preuves ou de faits scientifiques aux pratiques professionnelles est devenue un critère de qualité dans le domaine de la santé. À terme, de telles pratiques devraient se traduire par l'amélioration des soins fournis à la population.

Le Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) est un moyen dont se dotent des infirmières et des infirmiers dans la poursuite de cet objectif de mise en place de pratiques informées par des résultats probants. Au sein du BTEC, les infirmières et infirmiers aux prises avec des préoccupations d'ordre professionnel agissent en tant qu'indicateurs de situations problématiques. Ces questionnements sont acheminés, *via* une infirmière cadre conseil^d. Sous sa supervision, une étudiante de premier cycle et une infirmière clinicienne en formation continue traduisent les préoccupations provenant du milieu clinique en questions de recherche documentaire auxquelles elles doivent répondre par le biais d'une revue exhaustive de la littérature. Suite à l'obtention de cette réponse, l'étudiante et l'infirmière clinicienne poursuivent leur tâche en préparant un compte-rendu synthétique, documenté et accessible qu'elles accompagneront de pistes d'action pour la pratique. Ce document est ensuite retourné au milieu pour validation.

L'infirmière cadre conseil, en collaboration avec les autres membres du personnel de soins, analyse l'à-propos d'utiliser ces connaissances pour améliorer les interventions de l'équipe. Cette analyse permet la poursuite du processus de transfert et d'échange de connaissances. Il s'agit alors de raffiner les pistes d'action proposées pour les rendre conformes aux réalités des milieux de pratique. Il appartient ultimement aux infirmières et infirmiers de devenir des agentes et des agents de changement en regard de leurs pratiques.

Pour communiquer avec le BTEC :

Ginette Mbourou Azizah,
Coordonnatrice du BTEC
Université Laval
Pavillon Ferdinand-Vandry, local 3476
Ginette.Mbourou-Azizah@fsi.ulaval.ca
Téléphone : 418 656-2131 poste 11880
Télécopieur : 418 656-7747

^d Le BTEC utilise maintenant les nouvelles appellations de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

MÉTHODE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

OBJECTIFS

Une préoccupation commune a émergé suite à un groupe de discussion focalisée. Dans un premier temps, cette préoccupation consistait à se questionner sur le nombre maximal d'usagers attribué quotidiennement à une infirmière en oncologie ambulatoire. Ceci, afin de permettre à l'infirmière d'exercer son rôle professionnel, tout en respectant les normes de pratique en oncologie et assurer ainsi la qualité^e des soins. Puisque la littérature consultée à ce sujet mentionnait l'existence de différentes variables pouvant influencer la répartition des ressources et la qualité des soins, elle soulève des questionnements inhérents aux moyens que chaque organisation possède, notamment aux niveaux des ressources humaines, matérielles et financières. Par conséquent, les différents objectifs visés sont :

- décrire les normes de soins, les rôles et les compétences de l'infirmière en oncologie ambulatoire;
- indiquer le ratio infirmière/usagers en oncologie ambulatoire;
- déterminer les variables venant influencer l'utilisation des ressources professionnelles, la répartition des usagers et la qualité des soins prodigués;
- déterminer l'importance de la dotation en personnel infirmier sur la qualité des soins et la sécurité de l'usager.

QUESTIONS

1. Quels sont les rôles et les compétences attendus de l'infirmière en oncologie ambulatoire?
2. Quelle est l'importance d'un ratio infirmière/usagers en oncologie ambulatoire?
3. Quelles sont les variables venant influencer l'utilisation des ressources professionnelles, la répartition des usagers et la qualité des soins prodigués?
4. Comment utiliser de façon adéquate les ressources infirmières?

^e Capacité des services de santé d'augmenter les possibilités de résultats positifs sur la santé des usagers, compte tenu de l'état actuel des connaissances professionnelles (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé [FCRSS], 2006).

BASES DE DONNÉES CONSULTÉES

- CINAHL
- PubMed
- Cochrane Library
- Current Contents
- Repère

AUTRES TYPES DE RECHERCHES

- Articles reliés
- Références d'articles
- Recherche par auteurs :
 - Aiken, L.H.
 - O'Brien Pallas, L.
 - Friese, C.R.
 - Spetz, J.
 - McGillis Hall, L.
- Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)
- American nurses association (ANA)
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS)
- Registered nurses association of Ontario (RNAO)
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)

ANNÉES COUVERTES

1994 à 2008

MOTS CLÉS

Ambulatory, Ambulatory care, Ambulatory care facilities, Caseload, Nursing, Nursing caseload, Nursing care, Nursing skill, Nursing staff, Nurse staffing quality, Nursing staff skill, Nursing workload, Oncology, Oncologic nursing, Oncology service hospital, Outpatient, Outpatient care, Staff mix, Staff skill, Staff skill mixes, Task performance and analysis, Nurse patient ratio, Nurse staffing, Quality of care, Security.

ASSOCIATIONS DE MOTS CLÉS

1. Ambulatory care OR Ambulatory care facilities AND:

Nursing and Oncology

Nursing workload and Oncology

Nursing workload

Workload and Oncology

Workload and Oncologic nursing

Caseload

Caseload and Oncologic nursing

Caseload and Oncology

Caseload and Nursing

Nursing caseload

Staff mix

Staff mix and Nursing

Staff mix and Oncologic nursing

Staff mix and Oncology

Nursing workload and Oncologic nursing

Nursing staff and Oncologic nursing

Nursing staff and Oncology service hospital

Nursing staff and Oncology

Nursing staff and Oncologic nursing and Quality

Nurse staffing

Nurse staffing and Safety and Quality

Nurse staffing and Oncologic nursing and Quality

Nursing staff and Oncology service hospital

Nursing and Nursing skill mix

Nursing and Nursing skill mix and Oncology

Nursing and Staff skill and Nursing and Oncology

Oncologic nursing

Staff skills and Nursing and Oncology

Staff skills and Nursing and Oncologic

Staff skills and Nursing oncologic

Staff skills and Nursing

Staff skills and Nurse

Staff skills

Task performance and Analysis and Oncology service hospital

2. Outpatient AND:

Workload and Oncologic nursing
Nursing workload and Oncology
Nursing workload
Nurse workload
Caseload and Oncology
Caseload and Oncologic nursing

3. Outpatient care AND:

Nursing workload
Nursing workload and Oncology
Nursing skill and Staff mix
Nursing skill and Staff
Nursing staff skill and Staff mix
Nursing and Staff skill and Staff mix
Nursing and Staff skill
Staff skill and Nursing and Oncology
Staff skill mix and Oncology
Staff mix and Oncology
Staff mix and Oncologic nursing
Staff mix and Nursing
Staff mix
Caseload and Oncology
Skill staff and Caseload
Skill staff and Oncology
Skill staff and Nursing oncologic
Skills staff and Nursing oncologic
Nursing skills staff
Nursing skills staff and Oncology
Nursing skills staff
Nursing skill mix
Oncologic nursing

4. Nurse patient ratio AND:

Ambulatory care
Oncology
Oncology and Ambulatory care
Nurse staffing

5. Autres

Oncology and Staff mix and Nursing

Oncologic nursing and Workload

Nurse staffing skill mix and Ambulatory oncology

Nurse staffing and Safety and Quality

Nurse staffing and Quality of care and Ambulatory care

Nurse staffing and Quality of care and Skills mix

Nurse staffing and Quality of care and Security

CRITÈRES D'INCLUSION

- Clientèle ambulatoire;
- Clientèle oncologique ambulatoire et hospitalisée;
- Tous types de cancers confondus.

CRITÈRES D'EXCLUSION

- Clientèle oncologique pédiatrique;
- Infirmières en pratique avancée.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|-----|
| MEMBRES DU GROUPE D'ÉLABORATION DES PISTES D'ACTION | i |
| LE BTEC EN QUELQUES MOTS... | ii |
| MÉTHODE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE | iii |
| RÉSUMÉ | 1 |
| PISTES D'ACTION DOCUMENTÉES | 2 |
| INTRODUCTION | 3 |
| NORMES DE SOINS INFIRMIERS EN ONCOLOGIE | 3 |
| RÔLES INFIRMIERS EN ONCOLOGIE | 4 |
| RÔLES DE L'INFIRMIÈRE EN AMBULATOIRE | 5 |
| COMPÉTENCES INFIRMIÈRES EN ONCOLOGIE | 6 |
| L'ONCOLOGIE : UNE SPÉCIALITÉ | 6 |
| RATIO INFIRMIÈRE/USAGERS | 10 |
| DÉTERMINANTS DU RATIO | 10 |
| AVANTAGES D'UN RATIO INFIRMIÈRE/USAGERS | 11 |
| INCONVÉNIENTS D'UN RATIO INFIRMIÈRE/USAGERS | 12 |
| ALTERNATIVE AUX RATIOS | 13 |
| L'OPTIMISATION DES RESSOURCES | 13 |
| L'UTILISATION DES RESSOURCES (DOTATION) | 13 |
| QUALITÉ DES SOINS, SÉCURITÉ DES USAGERS ET DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER | 16 |
| LA DOTATION | 16 |
| CINQ RECOMMANDATIONS DE LA FCRSS : | 17 |
| PRINCIPES DE L'ANA | 19 |
| CONCLUSION | 20 |
| RÉFÉRENCES | 21 |
| ANNEXE A - FORCES DE PREUVE DU BTEC | 26 |
| ANNEXE B- NORMES DE PRATIQUE ET COMPÉTENCES POUR L'INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE EN ONCOLOGIE : OUTIL D'AUTOÉVALUATION | 27 |

LISTE DES FIGURES

| | |
|---|----|
| FIGURE 1 : ASSISES, COMPÉTENCES ET RÔLES DE L'INFIRMIÈRE EN ONCOLOGIE AMBULATOIRE | 8 |
| FIGURE 2 : FACTEURS D'INFLUENCE SUR LA DOTATION DU PERSONNEL INFIRMIER ET CONSÉQUENCES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES | 15 |

RÉSUMÉ

La présente recherche documentaire a pour but de répondre à une préoccupation du personnel infirmier de l'unité d'oncologie ambulatoire du Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis. Cette préoccupation était de connaître le nombre minimal d'usagers attribué quotidiennement en oncologie ambulatoire, afin de permettre au personnel infirmier d'exercer son rôle professionnel, tout en respectant les normes de pratique en oncologie et assurer ainsi la qualité¹ des soins et la sécurité. La littérature consultée montre que l'établissement d'un ratio minimal infirmière/usagers devrait être basé sur les données factuelles, provenir d'une évaluation du milieu où il devrait être établi, tout en prenant en compte les variables concernées. De plus, les exigences relatives aux compétences du personnel infirmier et l'efficacité par rapport aux coûts ne sont pas unanimes dans les rapports² portant sur la dotation. L'ajustement de la composition du personnel infirmier aide à produire de meilleurs résultats et à améliorer la sécurité des usagers ainsi qu'à garantir une meilleure qualité de vie au personnel.

Longtemps basé sur les systèmes de classification des usagers, il est actuellement préconisé que la détermination de la composition du personnel tienne compte, en plus de l'acuité des usagers, notamment de l'expertise du personnel infirmier, de l'intensité du travail, de l'aménagement physique et de la disponibilité d'autres fournisseurs de soins. Selon les experts canadiens³, il est possible d'améliorer la dotation et les résultats cliniques pour les usagers en garantissant les effectifs, en assurant un soutien organisationnel, une continuité des soins par un groupe expérimenté d'infirmières et enfin une normalisation de la dotation. Comme il n'y a pas de recommandation établie en termes de dotation pour les différentes unités hospitalières au Canada, la composition du personnel devrait relever d'une collaboration (infirmières/gestionnaires) dans chaque unité, mais devrait aussi respecter les critères établis par les différentes associations⁴. Notez qu'au Québec, le programme de recherche Pro-Actif⁵ en organisation des soins et en dotation du personnel permet d'assister les organisations dans leurs prises de décisions en matière de réorganisation des soins, des services et du travail.

¹ Capacité des services de santé d'augmenter les possibilités de résultats positifs sur la santé des usagers, compte tenu de l'état actuel des connaissances professionnelles (FCRSS, 2006).

² AIIC (2004)

³ O'Brien Pallas et al. (2004)

⁴ FCRSS (2006), ANA (2008), AIIC (2005)

⁵ Mme Chantal Viens, chercheure du programme Pro-Actif

| PISTES D'ACTION DOCUMENTÉES | page | Force de la preuve ⁶ |
|---|-------|---------------------------------|
| Rôles de l'infirmière en oncologie ambulatoire et facteurs influençant la qualité des soins et l'utilisation des ressources professionnelles | | |
| ❖ Inciter la formation d'infirmières spécialisées en oncologie ambulatoire (AIIC⁷) pour répondre aux normes de l'ACIO. | 4-5 | IV |
| ❖ L'infirmière en oncologie ambulatoire devrait : | | |
| ⤷ connaître et intégrer ses rôles; | 4-6 | IV |
| ⤷ appliquer les normes de pratiques associées aux rôles; | 4-6 | IV |
| ⤷ procéder à l'autoévaluation de l'ACIO ⁸ ; | 31 | IV |
| ⤷ considérer une formation spécialisée en oncologie. | 7 | III |
| ❖ L'organisation (direction de programme de lutte contre le cancer de l'HDL) devrait : | | |
| ⤷ reconnaître l'oncologie en tant que spécialité; | 7 | III |
| ⤷ promouvoir et faciliter la formation d'infirmières et infirmiers spécialisés. | 8 | IV |
| ❖ Le ratio infirmière/usagers en oncologie ambulatoire : | | |
| ⤷ ratio minimum non établi pour répondre aux besoins des usagers; | 11-14 | I |
| ⤷ reconsidérer l'organisation du travail pour optimiser les soins. | 15 | III |
| ❖ Dotation du personnel infirmier : | | |
| ⤷ initier la collaboration pour la mise en place d'une dotation efficiente du personnel infirmier; | 19-20 | III |
| ⤷ respecter les recommandations et les principes pour la dotation en personnel infirmier ⁹ . | 20-21 | IV |

⁶ Voir Annexe A

⁷ Association des infirmières et infirmières du Canada (AIIC)

⁸ Association canadienne des infirmières en oncologie (<http://www.cano-acio.ca/fr/practice/index.html>)

⁹ FCRSS (2006), ANA (2008), AIIC (2005)

RÔLES DE L'INFIRMIÈRE EN ONCOLOGIE AMBULATOIRE ET FACTEURS INFLUENÇANT LA QUALITÉ DES SOINS ET L'UTILISATION DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES

INTRODUCTION

La définition préalable des soins infirmiers en oncologie, selon les normes de l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO, 2001), permettra d'abord de bien délimiter la pratique et de dresser un portrait des principaux rôles et compétences attendus des infirmières œuvrant dans cette spécialité infirmière. Suite à une revue de littérature rigoureuse, les avantages, les limites et diverses alternatives à l'utilisation d'un ratio seront ensuite explicités. De plus, les différents facteurs contributifs afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins à l'usager, tout en utilisant adéquatement les ressources humaines en oncologie ambulatoire seront abordés. Finalement, des recommandations pour la pratique infirmière spécifiquement en oncologie ambulatoire seront formulées. Ces recommandations suggèrent, entre autres, la formation appropriée des infirmières, le maintien de l'expertise, le leadership organisationnel nécessaire et l'utilisation des méthodes de dotation.

NORMES DE SOINS INFIRMIERS EN ONCOLOGIE

Les normes de soins infirmiers en oncologie, la définition des rôles de l'infirmière exerçant dans ce domaine, l'étendue de la pratique, les compétences requises, ainsi que les diverses responsabilités des infirmières sont clairement définies par l'ACIO (2001). Les soins infirmiers en oncologie exigent des connaissances et des compétences cliniques élargies, un jugement professionnel et une compréhension des besoins des personnes aux prises avec le cancer. De plus, afin d'offrir des soins à caractère holistique aux usagers atteints de cancer et à leurs proches, les infirmières doivent travailler en étroite collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire (ACIO, 2001).

La Figure 1, intégrant le cadre conceptuel de l'Association canadienne des infirmières en oncologie (ACIO, 2001) et celui des soins infirmiers ambulatoires développé par Hass (2006), illustre le lien entre les normes, les compétences et les rôles attendus d'une infirmière en clinique d'oncologie ambulatoire.

- **Normes de pratique infirmière en oncologie :** Ces normes décrivent les tâches et responsabilités des infirmières dans le cadre de l'exercice de leurs fonctions. Elles précisent les connaissances, compétences, jugements et attitudes qui sont nécessaires à la pratique sécuritaire de la profession (ACIO, 2006; ACIO, 2001).

- **Normes de soins en oncologie :** À l’opposé des normes de pratique infirmière, les normes de soins constituent les assises philosophiques décrivant les soins que les usagers et leurs proches sont en droit d’attendre. Elles reconnaissent le contexte de l’expérience du cancer, les besoins à la fois multiples, uniques et partagés des personnes et des familles touchées par le cancer et ce, dans leur milieu de vie, dans la complexité du système de santé et dans les relations humaines (ACIO, 2001).

RÔLES INFIRMIERS EN ONCOLOGIE

L’ACIO (2001) reconnaît trois rôles infirmiers en oncologie. Leur degré d’expertise dépendra de l’apprentissage continu de l’infirmière et de ses expériences de pratique quotidienne :

- L’infirmière généraliste

Elle travaille dans des milieux de soins variés (unités d’urgence et de chirurgie ou dans la collectivité) et soigne des usagers atteints de cancer parmi tous les cas qui lui sont assignés. Elle possède une préparation éducationnelle initiale de base.

- L’infirmière spécialisée en oncologie

Elle œuvre dans les milieux privilégiant la prestation de soins aux usagers cancéreux, (unités de soins dédiées à l’oncologie, unités de greffes de moelle osseuse, cliniques de soins ambulatoires, programmes de dépistage). Cette infirmière a suivi un programme de formation complémentaire et peut détenir des qualifications reconnues à l’échelle nationale (i.e. certification canadienne en oncologie). Ces connaissances et compétences spécialisées servent notamment à gérer les symptômes et les effets secondaires des traitements, à conseiller les usagers en matière de stratégies d’adaptation, à enseigner des comportements d’autosoins et à assurer le suivi des réactions et des interventions infirmières. L’infirmière spécialiste¹⁰ combine donc une formation développée en cancérologie et une expérience professionnelle (ACIO, 2001).

- L’infirmière de formation avancée en oncologie

Elle a terminé des études de maîtrise, idéalement en oncologie. Les connaissances acquises lui permettent de dispenser des soins de niveau avancé autant en pratique clinique avancée, en formation et en recherche, tout en exerçant un leadership professionnel, scientifique et organisationnel.

¹⁰ Cet énoncé fait partie intégrante du système de lutte contre le cancer et ne désigne en aucun cas des descriptions ou des titres d’emplois.

RÔLES DE L'INFIRMIÈRE EN AMBULATOIRE

L'*American Academy of Ambulatory Care Nursing* et l'*American Nurses Association* (Haas, 2006) ont regroupé les diverses fonctions attendues d'une infirmière en soins ambulatoires en trois rôles distincts : un rôle clinique, un rôle professionnel et un rôle organisationnel (Figure 1). Ces rôles convergent sensiblement vers les principales dimensions du rôle infirmier en clinique ambulatoire définies dans la littérature (Cooley, Lin, & Hunter, 1994; Haas & Hackbarth, 1995a, 1995b; Haas, Hackbarth, Kavanagh, & Vlasses, 1995; Hackbarth, Haas, Kavanagh, & Vlasses, 1995; Ireland, DePalma, Arneson, Stark, & Williamson, 2004; Swan, Conway-Phillips, & Griffin, 2006).

- Le rôle clinique

Consiste à exercer le processus de soins infirmiers et à prodiguer des soins en considérant toutes ses dimensions (enseignement, *advocacy*, techniques, interdisciplinarité, etc.).

- Le rôle organisationnel

Fait référence à la gestion et à la coordination des ressources et de la charge de travail.

- Le rôle professionnel

Précise l'exercice de la pratique infirmière selon les standards de soins basés sur les résultats probants, l'évaluation des résultats¹¹ de leur pratique, le développement professionnel, le leadership infirmier et la relation avec les autres membres de l'équipe.

Phillips et Hokans mentionnaient déjà, en 1994, l'importance de la formation en pratique infirmière ambulatoire et la complexité de la clientèle dans ce secteur. Ils soulevaient par conséquent l'importance de bien définir les rôles et les responsabilités de l'infirmière œuvrant en secteur ambulatoire pour éviter que les soins soient délégués à du personnel moins qualifié. Une bonne clarification et compréhension des rôles en oncologie ambulatoire est donc primordiale. M. L. Jones (2005) soulève d'ailleurs dans sa méta-analyse que l'ambiguïté des rôles, ainsi que les relations entre les collègues appartenant à un autre titre d'emploi sont des facteurs qui influencent le développement du rôle infirmier spécialisé en oncologie.

¹¹ Effets manifestes de l'intervention du personnel infirmier ou du contexte de soins pour les usagers (FCRSS, 2006).

COMPÉTENCES INFIRMIÈRES EN ONCOLOGIE

Les compétences décrivent le rendement exigé et les attributs professionnels requis pour un rôle, une situation et un milieu de pratique donné. Plus précisément, elles représentent les connaissances, les habiletés, les attitudes et le jugement qu'on est en droit d'attendre d'une infirmière en oncologie pour que l'exercice de sa profession soit sécuritaire, efficace et optimal pour les usagers. Les compétences visées sont clairement définies dans le document sur les normes de pratique et compétences pour l'infirmière spécialisée en oncologie (ACIO, 2006). Ce document présente également un outil d'autoévaluation (Annexe B) détaillé permettant à l'infirmière de se livrer à une auto-réflexion sur sa pratique afin de cerner ses besoins d'apprentissage et d'évaluer sa capacité d'exercer pleinement sa pratique infirmière en oncologie. La préparation de niveau collégial ou universitaire est une formation générale de base et ne prépare aucunement l'infirmière à exercer en oncologie. Un perfectionnement et une formation continue doivent être dispensés (ACIO, 2001). L'AIIC propose d'ailleurs une certification nationale en oncologie¹². Celle-ci représente un gage de qualité par l'assurance que les infirmières détiennent et appliquent les normes et les compétences nationales récentes dans leur champ de pratique. Les infirmières expertes peuvent détecter des changements subtils dans la condition de santé des personnes, comparativement aux infirmières novices (Benner, 1995). Cette caractéristique est essentielle pour la pratique en mode ambulatoire ; mode de prestation de soins aux contacts brefs avec la clientèle.

L'ONCOLOGIE : UNE SPÉCIALITÉ

L'*Oncology Nursing Society* (ONS, 2003) ainsi que l'ACIO (2001) reconnaissent à l'oncologie un statut de spécialité. Les savoirs et les compétences cognitives et cliniques additionnelles pour une spécialité sont nécessaires et requis afin de permettre à l'infirmière de poursuivre son développement professionnel et d'améliorer son corpus de connaissances, ainsi que sa pratique, au même rythme que les progrès rapides réalisés en oncologie (ACIO, 2001; Beddar & Aikin, 1994; Cooley et al., 1994; Friese, 2005; Lin, Tierney, & Stadtmauer, 1993; Mooney, 2004; Phillips & Hokans, 1994; Schim, Thornburg, & Kravutske, 2001). Les infirmières en oncologie ambulatoire soutiennent d'ailleurs la complexité grandissante et la grande diversité de leurs rôles professionnels (Blay, Cairns, Chisholm, & O'Baugh, 2002).

Au Québec et au Canada, la valeur de la formation semble peu soutenue dans les milieux de soins de santé (Comité consultatif sur le cancer, Programme québécois de lutte contre le cancer, & Caris, 1997; Direction de la lutte contre le cancer, 2005; Fitch & Mings, 2003). En effet, peu de programmes de formation spécifiques à l'oncologie existent et rares sont les établissements de santé qui exigent une formation additionnelle en oncologie.

¹² http://www.cna-nurses.ca/CNA/nursing/certification/default_f.aspx

Considérant la complexité des soins et les besoins multiples des usagers, le Programme québécois de lutte contre le cancer, ainsi que le comité d'évolution de la pratique infirmière en oncologie (Direction de la lutte contre le cancer, 2005; MSSS, 1997) recommandent de favoriser l'implantation de programmes de formation en oncologie dans les universités et les établissements de santé. L'analyse des programmes universitaires et collégiaux québécois effectuée révèle en effet que l'enseignement en oncologie y est nettement insuffisant. De plus, investir dans la formation des nouvelles infirmières par un programme d'orientation spécifique et structuré en clinique ambulatoire est également incontournable selon ces organismes. En effet, les soins en oncologie ambulatoire sont complexes, mais peu de préparation et de soutien sont donnés aux infirmières pour y travailler (ACIO, 2001; Direction de la lutte contre le cancer, 2005; Schim et al., 2001).

Plusieurs changements cliniques et organisationnels sont survenus en oncologie dans les dernières années (Colombo, Solberg, Vanderhoeft, Ramsay, & Schouten, 2005). Ces changements ont eu un impact sur la charge de travail des infirmières, mais peu d'études ont évalué précisément ces impacts, notamment sur les usagers et sur l'utilisation des ressources humaines.

Shim et al. (2001) soutiennent que la confusion des rôles, la collaboration limitée entre les professionnels, le potentiel d'efficacité des services ambulatoires et des soins aux usagers ainsi qu'un développement limité de la pratique infirmière découlent directement de l'utilisation non judicieuse des ressources. De plus, une pression à la productivité occasionne une sous-utilisation des compétences infirmières. Celles-ci doivent plutôt effectuer des fonctions dépendantes pouvant parfois être déléguées (e.g. prescriptions et activités opérationnelles de la clinique externe), plutôt qu'exercer leur rôle indépendant et ce qu'elles trouvent prioritaires, tels l'éducation pour la santé, la prévention et la promotion, la communication, la coordination et la continuité. Ceci laisse présager inévitablement une baisse dans la qualité des soins. Ces auteurs montrent par conséquent que diverses variables influencent l'utilisation des ressources et la qualité des soins.

La partie suivante présentera les avantages et les inconvénients de l'utilisation d'un ratio, ainsi qu'une synthèse des différents facteurs influençant la dotation¹³ du personnel infirmier et leurs conséquences cliniques et organisationnelles. Afin de pallier aux problèmes relatifs associés aux ressources et aux compétences, l'oncologie ainsi que les services ambulatoires, comme les autres spécialités, misent sur l'élaboration d'un ratio pour améliorer les performances du personnel infirmier.

¹³ Processus visant à déterminer et à fournir un effectif suffisant et possédant un éventail de compétences collectives conformes aux besoins des usagers traités à l'intérieur d'un programme, d'une unité ou d'un environnement donné (FCRSS, 2006).

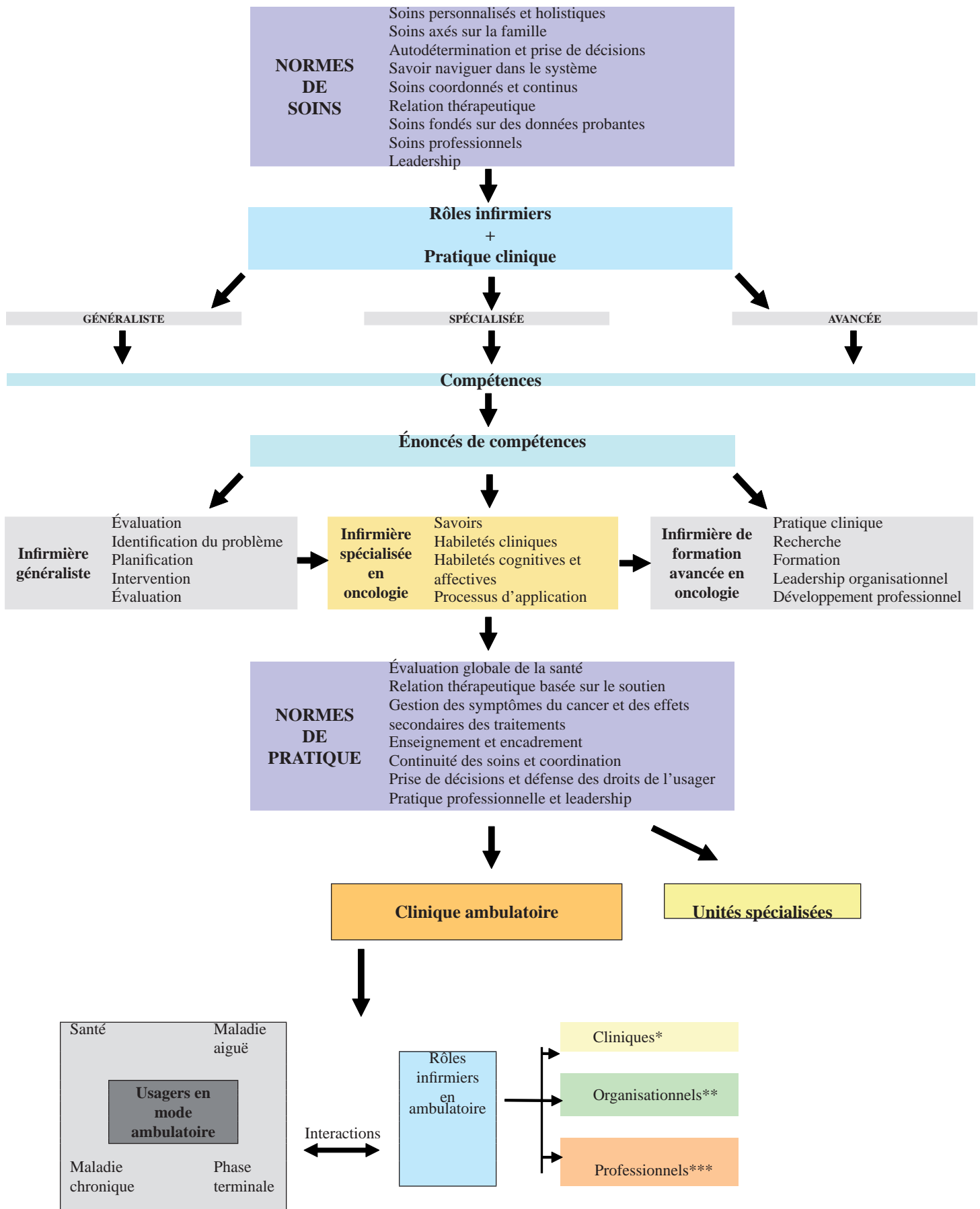


Figure 1 : Assises, compétences et rôles de l'infirmière en oncologie ambulatoire

| * Rôles cliniques | ** Rôles organisationnels | *** Rôles professionnels |
|---|---|---|
| Éducation/soutien | Soutien clinique et administratif | Pratique basée sur des résultats probants |
| <i>Advocacy</i> | Efficience | Leadership |
| Prestation de soins | Gestion des conflits | Recherche |
| Évaluation/observation/triage | Informatique | Amélioration de la qualité |
| Pratique téléphonique | Modèle de distribution de soins | Développement du personnel |
| Collaboration | Gestion des priorités/délégation/supervision | Gestion des risques |
| Référence | Compétences | Éthique |
| Prévention primaire, secondaire et tertiaire | <i>Advocacy</i> | |
| Tâches indépendantes, dépendantes et interdépendantes | Développement d'habiletés politiques et « entrepreneuriales » | |
| Communication et documentation | Charge de travail | |
| Gestion des résultats | Aspects juridiques | |
| Développement et utilisation de protocoles | | |

Figure 1 (suite) : Assises, compétences et rôles de l'infirmière en oncologie ambulatoire

RATIO INFIRMIÈRE/USAGERS

En réponse à la complexité croissante de l'état de santé des usagers atteints de cancer, de la charge de travail sans cesse grandissante des infirmières, de la formation de moins en moins longue et approfondie de celles-ci, de la pénurie de main-d'œuvre, ainsi que le désir d'augmenter la rétention du personnel infirmier, l'établissement d'un ratio infirmière/usagers est souvent considéré comme une solution envisageable (Lang, Hodge, Olson, Romano, & Kravitz, 2004; O'Dowd, 2004). Pourtant, les preuves récentes ne suggèrent pas un ratio spécifique (Lang et al., 2004; Lankshear, Sheldon, & Maynard, 2005).

La définition du ratio réfère au processus d'évaluation des besoins de l'utilisateur et à la détermination du nombre et du titre d'emploi appropriés du personnel pour répondre à ces besoins et assurer la qualité des soins (Haas & Hastings, 2006). Le ratio est donc perçu comme un déterminant de la qualité des soins et de la sécurité des usagers.

Chez les usagers hospitalisés, le ratio réfère au nombre d'usagers dont une infirmière a la responsabilité pendant son quart de travail (Rassin & Silner, 2007). En mode ambulatoire, le ratio est davantage exprimé en terme de temps alloué pour prodiguer les soins requis à la clientèle, qu'en nombre précis d'usagers (Haas & Hastings, 2006).

Déterminants du ratio

Différentes méthodes de calculs de ratio sont présentées dans la littérature. Au Canada, les méthodes employées pour la détermination du nombre d'infirmières sont basées sur le *framework nurse staffing*, le *ratio infirmière/usagers*, le *système de mesure de charge de travail*, et enfin l'*instinct* (McGillis Hall et al., 2006)¹⁴. Plusieurs variables concernant les soins directs et indirects prodigués aux usagers sont donc définies et prises en considération dans les divers outils existant actuellement. Ces variables sont entre autres, l'intensité des soins que requiert l'état des usagers, la charge de travail, les heures/soins en fonction des besoins des usagers, les tâches à effectuer, le volume de visites, la durée des traitements de chimiothérapie, le nombre d'équivalent temps plein d'infirmières.

Le Conseil International des Infirmières [CII] reprend avec similitude ces méthodes de planification de la main-d'œuvre sous différentes appellations. L'approche par jugement professionnel, la méthode des infirmières par lit occupé, la méthode acuité/qualité, la méthode de quantification des tâches/activités et les systèmes basés sur les régressions sont analysés selon leurs forces et leurs faiblesses (CII, 2006). Dans ce document, ces méthodes ne sont en aucun cas associées et appliquées à la pratique infirmière en ambulatoire.

¹⁴ L'étude de McGillis et al. (2007) détermine les avantages et inconvénients de chacune de ces méthodes.

Par contre, aucune de ces méthodes n'examine toutes ces variables d'influence en même temps et elles sont généralement adressées à une clientèle hospitalisée, limitant ainsi leur utilisation. En effet, il existe des différences significatives entre les soins ambulatoires et hospitalisés, tel que la structure du travail, le volume de clientèle, la capacité maximale à recevoir les usagers, le contact bref avec les usagers, la fluctuation fréquente et imprévisible des rendez-vous, les soins téléphoniques et l'ambiguïté des rôles souvent plus présente (Swan & Griffin, 2005). Les outils de mesure actuellement utilisés pour la clientèle hospitalisée sont par conséquent difficilement applicables en clinique externe et sans utilité pour un calcul de ratio juste et efficient en soins ambulatoires (Swan & Griffin, 2005; Walter & Robinson, 1994).

Faute d'outils de calculs de ratio, d'autres outils de mesure sont utilisés afin d'évaluer la complexité et l'intensité des soins ainsi que des besoins des usagers. Ce calcul est basé sur différents indicateurs des soins directs et indirects, notamment sur le temps d'un traitement de chimiothérapie, sur les caractéristiques cliniques de l'utilisateur, sur le nombre de techniques à effectuer (e.g. cathéters), sur la charge de travail et sur l'enseignement à prodiguer (Budreau, Balakrishnan, Titler, & Hafner, 1999; Colombo et al., 2005; Cusack, Jones, & Chisholm, 2004; Hader & Claudio, 2002; Hoffman & Wakefield, 1986; Hurst, 2006; A. Jones, Cusack, & Chisholm, 2004; Phillips & Hokans, 1994; Prescott & Soeken, 1996; Swan & Griffin, 2005). Cusack et ses collaborateurs (Cusack, Jones-Wells, & Chisholm, 2004; Cusack, Jones et al., 2004) précisent que l'utilisation d'un système de mesure d'intensité en clinique ambulatoire permet entre autres aux gestionnaires d'identifier objectivement la charge de travail, d'examiner et de planifier l'utilisation des ressources sans toutefois prendre en considération les variables influençant la pratique infirmière au quotidien (e.g. complications, imprévus).

Avantages d'un ratio infirmière/usagers

L'un des éléments avantageux du ratio serait sa simplicité d'application (Buchan, 2005). Le ratio améliore également la satisfaction des infirmières au travail, diminue leur stress, leur charge de travail, et favorise la rétention (Adams & Bond, 2003; Spetz, 2001, 2008; Spetz, Donaldson, Aydin, & Brown, 2008). De façon globale, les revues systématiques portant sur la relation entre la composition des infirmières, leur qualification et les événements indésirables sur les usagers révèlent qu'une qualification élevée des infirmières et une bonne combinaison des habiletés (*skill mix*) diminuent les événements indésirables (Lang et al., 2004; Lankshear et al., 2005). A ce jour, seule la méta-analyse de Kane (2007) révèle une association entre l'augmentation des infirmières qualifiées et une diminution du risque des événements indésirables, de la mortalité et de la durée de séjour des usagers. Il faut cependant noter que les avantages présentés ici n'ont été mesurés que dans des unités de soins intensifs, de médecine et de chirurgie.

Inconvénients d'un ratio infirmière/usagers

Le problème majeur et la plus grande faiblesse de l'utilisation d'une approche systématique de calculs de ratio infirmière/usagers est l'inflexibilité et le risque que celui-ci devienne une finalité en soi et ne soit plus considéré comme un outil d'aide à la décision (Buchan, 2005; McGillis Hall et al., 2006). Un ratio élevé¹⁵ peut augmenter de façon significative le niveau de stress des infirmières et par le fait même entraîner de mauvaises pratiques, affecter la qualité des traitements et induire une augmentation des incidents/accidents, de la durée d'hospitalisation ou de la mortalité (Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007; Lang et al., 2004; Rassin & Silner, 2007; Sochalski, Konetzka, Zhu, & Volpp, 2008).

Il est envisagé que les effets d'un ratio sur la qualité des soins risquent d'apparaître après le congé de l'hôpital (Lang et al., 2004), bien que Spetz (2008) ait montré un certain bénéfice pour les usagers depuis l'établissement d'un ratio dans les hôpitaux californiens. Lang et al. (2004) précisent que l'impact, sur le personnel, de quelques minutes de soins de plus par usager au quotidien peut être supérieur à ce qu'il laisse paraître. L'ajout modeste de six minutes de plus de soins par usager (par jour, par infirmière) sur une grosse unité de soins peut équivaloir à un temps partiel ajouté pour le personnel infirmier.

En ce qui concerne les coûts associés à l'établissement d'un ratio, la réduction du nombre d'infirmières due à l'implantation systématique d'un ratio n'amène qu'une diminution à court terme des coûts en ressources humaines (Lankshear et al., 2005; Rassin & Silner, 2007). En effet, à long terme, les coûts des traitements et les conséquences ou complications associées se verront augmenter, selon les niveaux d'expertise des infirmières souvent non considérés (Crossan & Ferguson, 2005). La littérature n'offre actuellement pas suffisamment de soutien à l'établissement spécifique d'un ratio minimal, même si les compétences et les heures/soins infirmiers semblent influencer les résultats cliniques (AIIC, 2004; FCRSS, 2006a; Lang et al., 2004). De plus, il n'y a pas de résultats probants sur le bien-fondé à recourir à une législation pour fixer le nombre d'usagers par infirmière, et l'imposition d'une telle norme au Canada exigerait davantage de collaboration entre les infirmières leaders et les gestionnaires (McGillis Hall et al., 2006). De plus, McGillis et al. (2006), Spetz (2001, 2008) ainsi que Gerdtz et Nelson (2007) indiquent qu'un ratio doit être constamment réévalué et ils recommandent d'effectuer davantage d'études quant aux conséquences et aux effets perçus d'un ratio déterminé sur la qualité des soins et les coûts associés.

Un système servant à évaluer l'intensité, la productivité et la charge de travail en soins ambulatoires est donc très complexe à élaborer dû aux multiples variables s'y rattachant (Colombo et al., 2005; Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé FCRSS, 2006a; MacPhee, Ellis, & McCutcheon, 2006; Medvec, 1994). Si l'intérêt ultime est de prodiguer des soins de qualité et sécuritaires, les décisions concernant l'allocation des ressources humaines ne doivent pas être prises de façon arbitraire (Graf, Millar, Feilteau, Coakley, & Erickson, 2003). En effet, la tendance à focaliser sur l'importance de l'établissement d'un ratio ignore les disparités entre les besoins des usagers, du personnel, des différentes unités de soins et des organisations. Un ratio doit être dynamique selon l'endroit où il est implanté (O'Dowd, 2004).

¹⁵ Un ratio élevé signifie un grand nombre d'usagers pour une infirmière.

Alternative aux ratios

L'utilisation d'un ratio minimum à lui seul n'est pas suffisant pour assurer la qualité des soins et la sécurité des usagers (AIIC, 2004; Buchan, 2005; Gallagher, Kany, Rowell, & Peterson, 1999; Kane et al., 2007; Lang et al., 2004; MacPhee et al., 2006; Rassin & Silner, 2007). Ces auteurs précisent différentes variables d'influence pouvant interagir sur le ratio infirmière/usagers. En effet, il existe plus d'une façon de calculer les ratios qui prennent en considération toutes ces dimensions. Par conséquent, il est proposé d'établir des plans de dotation systémiques qui prennent en considération tous les éléments précités et qui s'appliqueront à une unité bien précise, telle la clinique ambulatoire d'oncologie (FCRSS, 2006a; McGillis Hall et al., 2006).

L'optimisation des ressources

Gruber et al., (2008) indiquent dans leur étude visant à optimiser l'utilisation des ressources que les soins prodigués en oncologie sont complexes, mais qu'une augmentation du nombre de traitements sans baisse de qualité et de sécurité¹⁶ est possible. Ces auteurs énumèrent différentes stratégies organisationnelles à l'amélioration des soins et des services, notamment une planification journalière améliorée, une meilleure répartition et utilisation quotidienne des fauteuils, une gestion plus efficace des rendez-vous et des laboratoires, ainsi qu'une communication améliorée. Une modification d'horaires de travail des infirmières peut également permettre d'éviter la congestion des usagers en début de journée et des fauteuils inoccupés en après-midi. Ils précisent toutefois que certains imprévus doivent être considérés dans l'évaluation du personnel requis, tels que les accès veineux difficiles, les complications possibles, les effets secondaires, etc. d'où l'importance d'accorder une certaine souplesse dans la planification journalière. Colombo et al., (2005) ont d'ailleurs constaté une grande variabilité dans le temps requis pour certaines procédures complexes requises chez la clientèle oncologique hospitalisée (ex : soins des cathéters centraux), possiblement reliés à l'état clinique ou psychologique de ces usagers. Il est donc possible de présumer cette même variabilité en ambulatoire. De plus, les résultats de Blay et al., (2002) montrent qu'une proportion importante du temps consacré par les infirmières à des tâches administratives pouvant être exécutées par du personnel de bureau, permettrait aux infirmières de se concentrer sur leurs rôles spécifiques.

L'utilisation des ressources (dotation)

Il est recommandé d'élaborer des plans de dotation de personnel avec l'appui des infirmières. Ces plans souligneront la complexité du lien entre les aptitudes des infirmières et des autres professionnels de la santé et les besoins des usagers (AIIC, 2004; FCRSS, 2006a; MacPhee et al., 2006; McGillis Hall et al., 2006). Ils doivent être développés à travers des discussions entre les gestionnaires et les employés afin de délimiter les besoins uniques des usagers, tout en tenant compte des compétences du personnel infirmier et des autres groupes de soignants en place, ainsi que de l'organisation et de l'unité ciblée. Lamkin et al. (2002) soulignent que la perception des infirmières et des gestionnaires est souvent divergente sur les soins prodigués. En effet, à l'inverse des gestionnaires, les professionnels de la santé sont principalement intéressés par la qualité des soins plutôt que par les coûts (Crossan & Ferguson, 2005).

¹⁶ Indique le fait que l'utilisateur est à l'abri des blessures accidentelles ou, de façon générale, de tout préjudice causé par des services de santé prodigués pour l'aider (FCRSS, 2006).

Plusieurs auteurs mentionnent que la complexité du rôle professionnel en pratique ambulatoire doit tenir compte des activités de soins directs et indirects (Gallagher et al., 1999; Kane et al., 2007; Seago, Spetz, Coffman, Rosenoff, & O'Neil, 2003; Swan & Griffin, 2005). Par conséquent, la dotation ne doit pas être basée uniquement sur l'évaluation quantitative de chaque usager (e.g. intensité des soins, complexité), elle doit être considérée autant dans une perspective macroscopique¹⁷ (multifactorielle) que microscopique. Une perspective microscopique pour être efficace, devrait réévaluer et adapter la dotation à chaque quart de travail. Friese (2005) indique d'ailleurs que des ressources et un niveau de personnel adéquats sont nécessaires pour atteindre des résultats cliniques et organisationnels optimaux.

Manifestement, les décisions concernant la dotation adéquate en personnel infirmier doivent être abordées en tenant compte de différentes variables reliées aux usagers, au personnel, ainsi qu'aux organisations. Une compréhension de l'importance d'une évaluation multifactorielle est incontournable. Une collaboration est nécessaire entre les gestionnaires et les infirmières soignantes. La dotation, la formation du personnel et l'environnement de soins sont trois variables qui influencent de façon indépendante ou non les résultats des interventions infirmières sur la clientèle (Aiken, Clarke, Sloane, Lake, & Cheney, 2008). La Figure 2 résume les différentes variables interreliées qui influencent l'utilisation efficace des ressources infirmières, ainsi que les conséquences cliniques et organisationnelles associées.

¹⁷ Prendre en considération, outre les caractéristiques des usagers, celles du personnel et de l'organisation, notamment les compétences, la formation et l'expérience de l'effectif, les autres professionnels en présence, le budget disponible, le soutien clinique et administratif disponible, l'environnement de travail et l'architecture, l'organisation du travail, la collaboration entre les collègues et les autres professionnels, les technologies.

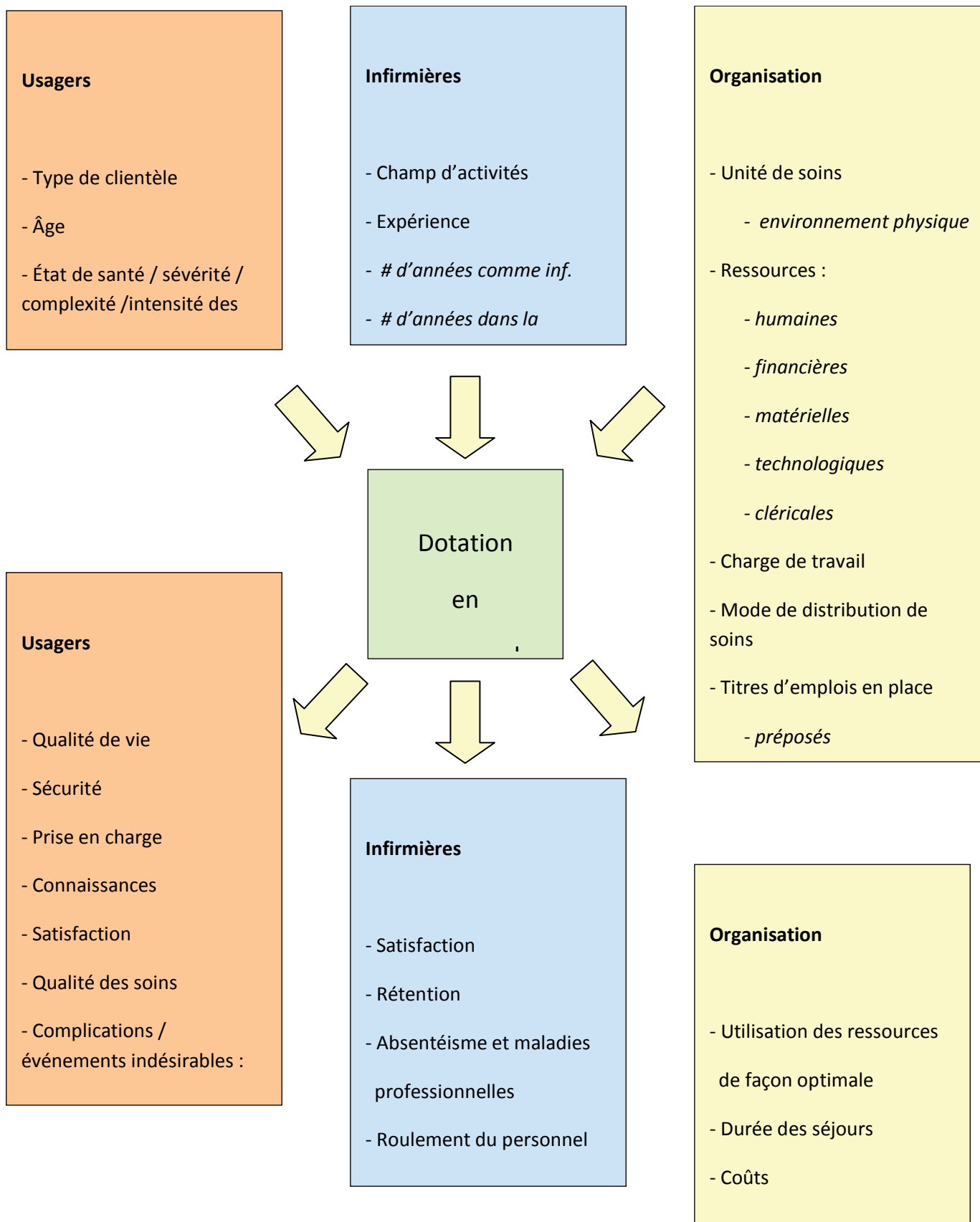


Figure 2 : Facteurs d'influence sur la dotation du personnel infirmier et conséquences cliniques et organisationnelles (adaptés de l'AIC, 2004)

QUALITÉ DES SOINS, SÉCURITÉ DES USAGERS ET DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER

Une des préoccupations primordiales des soins infirmiers est sans aucun doute le maintien et l'amélioration de la qualité des soins et l'optimisation de la sécurité des usagers. À ce sujet, des études portant sur la dotation infirmière et les ratios infirmière/usagers reflètent bien le désir des dirigeants et des professionnels de la santé d'optimiser la qualité des soins prodigués et de résoudre certaines problématiques touchant ces aspects de la profession (ANA, 1999; ANA, 2005; AIIC, 2004; FCRSS, 2006b).

Il est difficile de bien saisir tous ces défis sans au préalable définir la qualité des soins et la sécurité des usagers. La qualité des soins est un concept complexe et multidimensionnel difficile à évaluer (Currie, Harvey, West, McKenna, & Keeney, 2005). Par ailleurs, la sécurité de l'utilisateur est partie prenante de la qualité des soins. Selon la FCRSS (2006b), la notion de sécurité assure à l'utilisateur d'être à l'abri des blessures accidentelles ou de façon générale, de tout préjudice causé par des services de santé prodigués pour l'aider.

La dotation

Au cours des dernières années, plusieurs études ont été menées sur l'évaluation de la sécurité des usagers et de la dotation en personnel infirmier. L'AIIC (2004), la FCRSS (2006b) et l'ANA (1999, 2005) mettent en évidence une relation entre la dotation et la sécurité des usagers. La dotation en personnel infirmier est directement liée aux résultats des usagers, des infirmières et du système de santé et englobe beaucoup plus d'éléments que la seule notion de ratio (AIIC, 2004; FCRSS, 2006b; McGillis Hall et al., 2006). En effet, elle subit des influences constantes provenant du milieu organisationnel, des usagers et du personnel infirmier (Figure 2). Afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur et la qualité des soins, les méthodes de dotation doivent être, par conséquent, constamment évaluées et adaptées aux milieux et aux populations en tenant compte de ces facteurs systémiques, contextuels et organisationnels. Dans ce sens, un des enjeux majeurs lorsqu'il s'agit de garantir les meilleurs résultats pour les usagers consiste à déterminer non seulement le nombre, mais aussi la combinaison de soignants qui convient le mieux à la population (AIIC, 2004; FCRSS, 2006b; McGillis Hall et al., 2006; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart, & Zelevinsky, 2002).

Le processus de prises de décisions, ainsi que son évaluation sont actuellement peu documentés. Dans les dernières années, trois rapports de recherche ont été publiés sur ce sujet par l'AIIC (2004), la FCRSS (2006b) et l'ANA (1999, 2005). L'AIIC (2004) n'émet aucune recommandation claire dans sa recherche documentaire sur la composition du personnel infirmier. Afin d'utiliser judicieusement la dotation en personnel infirmier pour assurer la sécurité des usagers et la qualité des soins, la FCRSS (2006b) propose cinq recommandations tandis que l'ANA (1999 ; 2005) suggère neuf principes. Plusieurs similitudes sont perceptibles dans ces deux derniers rapports.

Cinq recommandations de la FCRSS :

1- Le maintien d'un ratio 4:1 sur les unités d'hospitalisation

La FCRSS (2006b) croit qu'en terme opérationnel désignant la dotation en personnel infirmier, le rapport infirmière/usagers est plus facile à traduire en politique, qu'en pratique. Par contre, elle précise que le ratio ne reflète pas les changements de l'état des patients, des compétences et de l'expérience du personnel infirmier. Il est tout de même important de recommander un rapport usagers/infirmière de base lorsqu'il existe des données probantes pour le faire car cela établit une norme professionnelle.

Contrairement à la FCRSS (2006b), l'AIIC (2004) mentionne que selon un rapport sur la sécurité des patients de l'Institute of Medicine élaboré en 2004, l'imposition d'un ratio en personnel n'est pas le bon moyen d'optimiser la composition du personnel. En effet, un ratio minimum ne permet pas forcément de dispenser des soins de qualité ni de garantir la sécurité des usagers (AIIC, 2004; Rassin & Silner, 2007). À l'inverse, les résultats positifs pour les usagers dépendent davantage de la composition du personnel, de la compétence de l'infirmière et de l'acuité des soins à donner (AIIC, 2004).

2- Le soutien de l'exigence du baccalauréat et du perfectionnement

Les organismes de services de santé doivent soutenir l'exigence du baccalauréat comme norme obligatoire pour l'admission à la pratique, instaurée par l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et par l'AIIC, aux moyens de méthodes d'embauche et de perfectionnement professionnel du personnel.

La FCRSS (2006b) et l'AIIC (2004) soulignent que la formation est un facteur modérateur important qui influe sur les conséquences de la dotation en personnel infirmier et sur la sécurité des patients. Le baccalauréat prépare les infirmières à jouer un rôle de premier plan, les rend plus sensibles à adopter des comportements professionnels contributifs à la sécurité optimale des usagers, à prendre facilement des décisions, à accomplir certaines fonctions complexes, à rendre plus efficace la communication interdisciplinaire et à appliquer des résultats de recherche (AIIC, 2004; MacPhee et al., 2006; Rassin & Silner, 2007).

3- L'expertise

Il est important d'avoir autant que possible du personnel infirmier expérimenté ayant une connaissance adéquate des usagers et de l'unité à chaque quart de travail (FCRSS, 2006b). Selon l'AIIC (2004) et la FCRSS (2006b), l'expertise est aussi un facteur modérateur. Selon ces dernières, plusieurs études mettent en évidence une relation inverse entre l'expérience en soins infirmiers et les résultats indésirables pour les usagers. Il existe un lien étroit entre l'utilisation du nombre adéquat de ressources seniors compétentes et la qualité des soins (Adams & Bond, 2003).

4- Leadership et gestion

Les organismes devraient lier leurs initiatives de dotation avec les notions de leadership et de gestion qui créent des milieux de pratique de qualité et qui favorisent le soutien du personnel.

a) Des structures de gestion et de leadership transformationnel¹⁸

L'utilisation du leadership favorise la satisfaction et la rétention ainsi que la collaboration. En effet, les leaders transformationnels procurent aux employés encouragement, soutien, feedback positif et considération individuelle.

b) Un travail de collaboration entre les infirmières, les médecins et les membres

de l'équipe des services santé;

Friese (2005) indique qu'une bonne collaboration entre les professionnels de la santé est primordiale à une qualité des soins optimale. La collaboration interprofessionnelle doit être prise en considération lors de l'évaluation ou de la modification des méthodes de dotation (AIIC, 2004).

c) L'autonomie et la maîtrise dans l'exercice de la profession infirmière;

Les infirmières ont besoin de suffisamment d'autonomie pour maîtriser et exercer pleinement leur profession (FCRSS, 2006b).

d) L'utilisation de la technologie, de l'innovation et de la recherche afin d'améliorer les méthodes de travail et les résultats chez les usagers;

La technologie, l'innovation et la recherche ont amélioré les méthodes et les conditions de travail. Ces dernières favorisent des soins sûrs et efficaces. La technologie, l'innovation et la recherche réduisent la demande de services, ce qui peut contribuer à atténuer la pénurie (FCRSS, 2006b).

e) La recherche de données probantes pour les pratiques dites exemplaires.

¹⁸ Le leadership transformationnel favorise l'empowerment et l'architecture de la culture organisationnelle. Le leader possède la capacité à articuler une vision et possède une influence positive sur le management des personnes (Bass 1985, tiré de Bass 1987).

5- La normalisation de la dotation

Les communautés de recherche et la pratique ont besoin d'établir une terminologie commune de la dotation ainsi que des définitions opérationnelles cohérentes de ces termes. Ceci, afin de faciliter la comparaison des résultats de recherche et d'étayer plus solidement les données probantes pour guider la politique et la pratique. La normalisation de la dotation faciliterait son utilisation et son évaluation.

Principes de l'ANA :

1. Les soins donnés aux usagers
 - maintenir un nombre adéquat d'infirmières sur les départements relatif aux besoins des usagers ;
 - se questionner sur l'utilité et la pertinence du concept heures de soins infirmiers par usager, par jour;
 - considérer le niveau de formation des infirmières selon la nature et en fonction de l'unité de soins auquel elles se rattachent.

2. Le personnel soignant
 - déterminer les compétences appropriées des infirmières en fonction des besoins spécifiques des usagers ;
 - offrir un soutien organisationnel aux infirmières ;
 - assurer le transfert des compétences des infirmières plus qualifiées aux infirmières novices.

3. L'organisation
 - les politiques organisationnelles doivent refléter un climat qui valorise les compétences des infirmières ;
 - documenter préalablement les compétences attendues de l'infirmière ;
 - les politiques organisationnelles doivent reconnaître et prendre en considération les multiples besoins des usagers et ceux du personnel soignant.

Les méthodes de dotation doivent tenir compte des besoins de la clientèle, de la complexité des services offerts et de la composition des ressources humaines (Figure 2). Selon Rassin (2007), les décisions concernant une dotation appropriée doivent être précédées de la question suivante : « Qui peut donner les meilleurs traitements sans préjudice pour l'utilisateur en se basant sur les besoins de l'utilisateur, la nature des traitements et les ressources disponibles? » (p.67). De plus, le déploiement des ressources humaines en santé doit évoluer vers des modèles plus souples et de plus en plus axés sur l'interdisciplinarité. Les outils d'aide à la décision devraient par conséquent s'adapter éventuellement à cette réalité (Santé Canada, 2004).

CONCLUSION

Avant de considérer la mise en place d'un ratio, il est important de s'assurer que les infirmières et infirmiers en oncologie ambulatoire appliquent les normes et les rôles relatifs à leurs fonctions. De plus, l'efficacité et la commodité d'un ratio fixe ne sont pas démontrées dans la littérature et la réflexion doit se poursuivre. L'utilisation d'un ratio permet d'établir le nombre d'infirmières requis pour donner les soins et les services attendus et d'obtenir des résultats cliniques et organisationnels positifs, tout en permettant aux infirmières de combler les exigences attendues à l'égard des normes de soins et de leurs rôles professionnels. Par contre, un ratio fixe est souvent inadapté, puisqu'il ne prend jamais en considération, en même temps, les diverses caractéristiques intrinsèques et extrinsèques reliées aux usagers, au personnel et à l'organisation dont il faut se préoccuper, puisque celles-ci exercent une influence sur les soins et les services prodigués. Un processus d'évaluation complexe et systématique sur la dotation est plus que souhaitable pour allouer les ressources, ainsi qu'une certaine souplesse dans les plans de dotation des ressources humaines, considérant la variabilité en ambulatoire. Pour développer un plan de dotation efficace et efficient, il est donc souhaitable de prendre en considération les divers éléments suivants soit le maintien d'un ratio minimum lorsque les données factuelles le permettent, le soutien à la formation et à l'expertise, une gestion empreinte de leadership et la normalisation de la dotation. Ceci, tout en s'assurant que des soins sécuritaires soient prodigués aux usagers, que le personnel soignant exerce dans son champ de compétence et que les politiques organisationnelles valorisent les compétences infirmières et considèrent les besoins des usagers et du personnel.

Le développement rapide des soins en oncologie et la pénurie qui sévit (OIIQ, 2007) amèneront les infirmières à être proactives et à faire preuve d'innovation leur permettant de faire face aux nombreux défis à venir. Dans ce contexte, plutôt que l'établissement d'un ratio minimum à lui seul, l'amélioration du plan de dotation¹⁹ actuel serait souhaitable.

¹⁹ Le programme Pro-Actif offre la possibilité d'accompagner les gestionnaires des organisations de santé dans leur processus décisionnel de dotation en personnel infirmier.

RÉFÉRENCES

Adams, A., & Bond, S. (2003). Staffing in acute hospital wards: part 2. Relationships between grade mix, staff stability and features of ward organizational environment. *Journal of Nursing Management*, 11(5), 293-298.

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Lake, E. T., & Cheney, T. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 223-229.

American Nurses Association. (1999). *Principles for nurses staffing, with annotated bibliography*. Washington, DC: American Nurses Association.

American Nurses Association. (2005). *ANA principles on safe nurse staffing*. Silver Spring (MD): American Nurses association.

Association canadienne des infirmières en oncologie [ACIO]. (2001). *Normes de soins, rôles infirmiers en oncologie, compétences relatives aux rôles infirmiers*. ACIO

Association canadienne des infirmières en oncologie [ACIO]. (2006). *Normes de pratique et compétences pour l'infirmière spécialisée en oncologie*: ACIO.

Association canadienne des infirmières en oncologie [ACIO]. (2001). *Normes de soins, rôles infirmiers en oncologie, compétences relatives aux rôles infirmiers*.

Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC]. (2004). *La composition du personnel infirmier: la recherche documentaire*. Ottawa: AIIC.

Beddar, S. M., & Aikin, J. L. (1994). Continuity of care: a challenge for ambulatory oncology nursing. *Seminars in oncology nursing*, 10(4), 254-263.

Benner, P. E. (1995). *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*. Paris: InterÉditions.

Blay, N., Cairns, J., Chisholm, J., & O'Baugh, J. (2002). Research into the workload and roles of oncology nurses within an outpatient oncology unit. *European Journal of Oncology Nursing*, 6(1), 6-12; discussion 13-14.

Buchan, J. (2005). A certain ratio? The policy implications of minimum staffing ratios in nursing. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(4), 239-244.

Budreau, G., Balakrishnan, R., Titler, M., & Hafner, M. J. (1999). Caregiver-patient ratio: capturing census and staffing variability. *Nursing Economics*, 17(6), 317-324.

Colombo, A., Solberg, B., Vanderhoeft, E., Ramsay, G., & Schouten, H. C. (2005). Measurement of nursing care time of specific interventions on a hematology-oncology unit related to diagnostic categories. *Cancer Nursing*, 28(6), 476-480.

Comité consultatif sur le cancer., Programme québécois de lutte contre le cancer, & Caris, P. (1997). *Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec: Le Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS].

Conseil international des infirmières [CII]. (2006). *Effectifs suffisants = vies sauvées, dossier d'information et d'action*. Genève: Conseil international des infirmières.

Cooley, M. E., Lin, E. M., & Hunter, S. W. (1994). The ambulatory oncology nurse's role. *Seminars in oncology nursing, 10*(4), 245-253.

Crossan, F., & Ferguson, D. (2005). Exploring nursing skill mix: a review. *Journal of Nursing Management, 13*(4), 356-362.

Currie, V., Harvey, G., West, E., McKenna, H., & Keeney, S. (2005). Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 51*(1), 73-82.

Cusack, G., Jones-Wells, A., & Chisholm, L. (2004). Patient intensity in an ambulatory oncology research center: a step forward for the field of ambulatory care. *Nurs Econ, 22*(2), 58-63, 55.

Cusack, G., Jones, A., & Chisholm, L. (2004). Patient intensity in an ambulatory oncology research center: step forward for the field of ambulatory care--part III. *Nursing Economic\$, 22*(4), 193-195, 175.

Direction de la lutte contre le cancer. (2005). *L'évolution de la pratique infirmière en oncologie. Pour optimiser la contribution des infirmières à la lutte contre le cancer*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS] o. Document Number)

Fitch, M. I., & Mings, D. (2003). Les soins infirmiers en oncologie en Ontario : définition des rôles infirmiers. *Canadian Oncology Nursing Journal, 13*(1), 36-44.

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). (2006a). *Allier dotation et sécurité: Synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et la sécurité des patients*. Ottawa. Document Number)

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). (2006b). *Évaluation de la sécurité des patients et de la dotation en personnel infirmier*. Ottawa: FCRSSo. Document Number)

Friese, C. R. (2005). Nurse practice environments and outcomes: implications for oncology nursing. *Oncology nursing forum, 32*(4), 765-772.

Gallagher, R. M., Kany, K. A., Rowell, P. A., & Peterson, C. (1999). ANA's nurse staffing principles. *American Journal of Nursing, 99*(4), 50, 52-53.

Gerdtz, M. F., & Nelson, S. (2007). 5-20: a model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia. *Journal of Nursing Management, 15*(1), 64-71.

Graf, C. M., Millar, S., Feilteau, C., Coakley, P. J., & Erickson, J. I. (2003). Patients' needs for nursing care: beyond staffing ratios. *Journal of Nursing Administration, 33*(2), 76-81.

Gruber, M., Smith, D., O'Neal, C., Hennessy, K., & Therrien, M. (2008). Quality improvement project to determine outpatient chemotherapy capacity and improve utilization. *Journal of Nursing Care Quality, 23*(1), 75-83; quiz 84-75.

- Haas, S. A. (2006). Ambulatory care nursing speciality practice. In C. B. Laughlin & American Academy of Ambulatory Care Nursing (Eds.), *Core curriculum for ambulatory care nursing* (pp. 3-14). Pitman, NJ: AACN.
- Haas, S. A., & Hackbarth, D. P. (1995a). Dimensions of the staff nurse role in ambulatory care: Part III--Using research data to design new models of nursing care delivery. *Nursing Economics*, *13*(4), 230-241.
- Haas, S. A., & Hackbarth, D. P. (1995b). Dimensions of the staff nurse role in ambulatory care: Part IV--Developing nursing intensity measures, standards, clinical ladders, and QI programs. *Nursing Economics*, *13*(5), 285-294.
- Haas, S. A., Hackbarth, D. P., Kavanagh, J. A., & Vlasses, F. (1995). Dimensions of the staff nurse role in ambulatory care: Part II--Comparison of role dimensions in four ambulatory settings. *Nursing Economics*, *13*(3), 152-165.
- Haas, S. A., & Hastings, C. E. (2006). staffing and workload. In C. B. Laughlin & American Academy of Ambulatory Care Nursing (Eds.), *Core curriculum for ambulatory care nursing* (2nd ed., pp. 127-134). Pitman, NJ: AACN.
- Hackbarth, D. P., Haas, S. A., Kavanagh, J. A., & Vlasses, F. (1995). Dimensions of the staff nurse role in ambulatory care: Part I--Methodology and analysis of data on current staff nurse practice. *Nursing Economics*, *13*(2), 89-97.
- Hader, R., & Claudio, T. (2002). Seven methods to effectively manage patient care labor resources. *Journal of Nursing Administration*, *32*(2), 66-68.
- Hoffman, F., & Wakefield, D. S. (1986). Ambulatory care patient classification. *Journal of Nursing Administration*, *16*(4), 23-30.
- Hurst, K. (2006). Nursing by numbers. *Nursing Standard*, *21*(7), 22-25.
- Ireland, A. M., DePalma, J. A., Arneson, L., Stark, L., & Williamson, J. (2004). *The Oncology Nursing Society Ambulatory Office Nurse Survey*.
- Jones, A., Cusack, G., & Chisholm, L. (2004). Patient intensity in an ambulatory oncology research center: A step forward for the field of ambulatory care--Part II. *Nursing Economics*, *22*(3), 120-123, 107.
- Jones, M. L. (2005). Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis. *Journal of advanced Nursing*, *49*(2), 191-209.
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, *45*(12), 1195-1204.
- Lamkin, L., Rosiak, J., Buerhaus, P., Mallory, G., & Williams, M. (2002). Oncology Nursing Society Workforce Survey. Part II: perceptions of the nursing workforce environment and adequacy of nurse staffing in outpatient and inpatient oncology settings. *Oncology nursing forum*, *29*(1), 93-100.

Lang, T. A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P. S., & Kravitz, R. L. (2004). Nurse-Patient Ratios: A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee, and Hospital Outcomes. ARTICLES. *Journal of Nursing Administration*, 34(7-8), 326-337.

Lankshear, A. J., Sheldon, T. A., & Maynard, A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence. *Advances in Nursing Science*, 28(2), 163-174.

Lin, E. M., Tierney, D. K., & Stadtmauer, E. A. (1993). Autologous bone marrow transplantation. A review of the principles and complications. *Cancer Nursing*, 16(3), 204-213.

MacPhee, M., Ellis, J., & McCutcheon, A. S. (2006). Nurse staffing and patient safety. *Canadian Nurse*, 102(8), 18-23.

McGillis Hall, L., Pink, L., Lalonde, M., Murphy, G. T., O'Brien-Pallas, L., Laschinger, H. K. S., et al. (2006). Decision Making for Nurse Staffing: Canadian Perspectives. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 7(4), 261.

Medvec, B. R. (1994). Productivity and workload measurement in ambulatory oncology. *Seminars in oncology nursing*, 10(4), 288-295.

Mooney, K. H. (2004). Promoting professional oncology nursing practice through position papers. *Seminars in oncology nursing*, 20(2), 74-88, table of contents.

MSSS. Comité consultatif sur le cancer., Caris, P., & Programme québécois de lutte contre le cancer. (1997). *Programme québécois de lutte contre le cancer : pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe*. Québec: Le Ministère de la santé et des services sociaux.

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

O'Dowd, A. (2004). Are minimum staff ratios needed? *Nursing Times.net*, 100(14), 12-13.

Oncology Nursing Society. (2003). The role of advanced practice nurse in oncology care. Oncology nursing society position. *Oncology nursing forum*, 30(4), 549-550.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2007). *Une nouvelle approche de planification des effectifs infirmiers: des choix à faire de toute urgence !* Montréal: OIIQ.

Phillips, M., & Hokans, C. (1994). A review of ambulatory care analysis. *Nursing Economics*, 12(2), 88-92.

Prescott, P. A., & Soeken, K. L. (1996). Measuring nursing intensity in ambulatory care. Part I: Approaches to and uses of patient classification systems. *Nursing Economics*, 14(1), 14-21, 33.

Rassin, M., & Silner, D. (2007). Trends in nursing staff allocation: the nurse-to-patient ratio and skill mix issues in Israel. *International Nursing Review*, 54(1), 63-69.

Schim, S. M., Thornburg, P., & Kravutske, M. E. (2001). Time, task, and talents in ambulatory care nursing. *Journal of Nursing Administration*, 31(6), 311-315.

Seago, J. A., Spetz, J., Coffman, J., Rosenoff, E., & O'Neil, E. (2003). Minimum staffing ratios: the California workforce initiative survey. *Nursing Economics*, 21(2), 65-70.

Sochalski, J., Konetzka, R. T., Zhu, J., & Volpp, K. (2008). Will mandated minimum nurse staffing ratios lead to better patient outcomes? *Medical Care*, 46(6), 606-613.

Spetz, J. (2001). What should we expect from California's minimum nurse staffing legislation? *Journal of Nursing Administration*, 31(3), 132-140.

Spetz, J. (2008). Nurse satisfaction and the implementation of minimum nurse staffing regulations. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 9(1), 15-21.

Spetz, J., Donaldson, N., Aydin, C., & Brown, D. S. (2008). How Many Nurses per Patient? Measurements of Nurse Staffing in Health Services Research. *Health Services Research*.

Swan, B. A., Conway-Phillips, R., & Griffin, K. F. (2006). Demonstrating the value of the RN in ambulatory care. *Nursing Economics*, 24(6), 315-322.

Swan, B. A., & Griffin, K. F. (2005). Measuring nursing workload in ambulatory care. *Nursing Economics*, 23(5), 253-260.

Walter, J. M., & Robinson, S. H. (1994). Nursing care delivery models in ambulatory oncology. *Seminars Oncology Nursing*, 10(4), 237-244.

ANNEXE A – FORCES DE PREUVE DU BTEC⁺

| NIVEAU | INTERPRÉTATION |
|--------|---|
| Ia | Recommandation basée sur des résultats provenant de méta-analyse(s) ou de revue(s) systématique(s) basées sur des essais randomisés. |
| Ib | Recommandation basée sur les résultats d'au moins un essai randomisé. |
| IIa | Recommandation basée sur les résultats d'au moins une étude qui, bien que non randomisée, a été bien menée. |
| IIb | Recommandation basée sur les résultats d'au moins une étude quasi-expérimentale qui, bien que non randomisée, a été bien menée. |
| III | Recommandation basée sur les résultats d'études non expérimentales descriptives bien menées, tel que les études comparatives, corrélationnelles ou études de cas. |
| IV | Recommandation basée sur l'avis d'experts reconnus sous forme de rapports, d'opinions, ou d'expériences cliniques. |

⁺ Adaptées de *Registered Nurses Association of Ontario* (2006)

ANNEXE B - NORMES DE PRATIQUE ET COMPÉTENCES POUR
L'INFIRMIÈRE SPÉCIALISÉE EN ONCOLOGIE :
OUTIL D'AUTOÉVALUATION