

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

AOÛT 2011

La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé



Avis de non-responsabilité

Ces lignes directrices ne sont pas obligatoires pour les infirmières ni pour les organisations qui les emploient. Leur utilisation doit être souple afin de s'adapter aux besoins individuels et aux situations locales. Elles ne constituent en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Même si toutes les mesures possibles ont été prises pour assurer l'exactitude du contenu du document au moment de la publication, ni les auteurs ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans ces lignes directrices, ni n'acceptent aucune responsabilité quant à la perte, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou omissions dans le contenu du document.

Droits d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limitation ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le document peut être reproduit et publié entièrement, sans modification, sous toute forme, y compris électronique, à des fins éducatives et non commerciales. Si une adaptation quelconque du matériel était nécessaire pour n'importe quelle raison, une permission écrite doit être obtenue.

La citation ou la référence suivante devra apparaître sur toutes les parties du document reproduites :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2011). Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains – La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Ce programme est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158, Pearl Street, Toronto, Ontario M5H 1L3
Site Internet : www.rnao.org/bestpractices

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et des infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) publie le document intitulé *La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé*, lequel s'inscrit dans les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains. Ce document fait partie d'une série de lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE) pour les milieux de travail sains élaborées jusqu'à ce jour par la communauté infirmière.



L'objectif de ces lignes directrices est de fournir les meilleurs renseignements possible pour favoriser l'établissement de milieux de travail sains et porteurs de progrès. Les LDPE dans les milieux de travail sains, lorsqu'elles sont appliquées, appuient la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien. L'AIIAO est enchantée d'être en mesure de vous offrir cette ressource clé.

Nous remercions infiniment les nombreux établissements et les innombrables personnes qui permettent à l'AIIAO de concrétiser sa vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains : le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu l'expertise de l'AIIAO pour mener à bien ce projet et y contribue par un financement important; Irmajean Bajnok, directrice des programmes des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) de l'AIIAO, pour son savoir-faire et son travail ayant permis de faire progresser les LDPE pour les milieux de travail sains; tous les chefs des comités des LDPE pour les milieux de travail sains et, tout particulièrement pour la

présente LDPE, Ann E. Rogers et Milijana Buzanin pour leur gestion exemplaire, leur dévouement et, surtout, leur expertise rigoureuse. Je remercie également Althea Stewart-Pyne qui, à titre de gestionnaire du programme AILDPE de l'AIIAO, a mis à contribution son sens du leadership et travaillé d'arrache-pied à la concrétisation de cette LDPE. Je remercie tout spécialement les membres du groupe de préparation des lignes directrices; nous respectons et estimons votre expertise et votre bénévolat. Je voudrais dire à tous et toutes que nous n'aurions pas pu faire ceci sans vous!

La communauté des infirmières, par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers et les milieux de travail sains, a transmis ses connaissances et donné de son temps, ce qui est essentiel à la création, à l'évaluation et à la révision de chaque ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre et en évaluant les lignes directrices et en travaillant pour instaurer une culture de la pratique et une prise de décisions administratives fondées sur les données probantes.

La mise en place de milieux de travail sains est une responsabilité à la fois individuelle et collective. La réussite de la mise en œuvre exige un effort conjugué de la part des gouvernements, des administrateurs, du personnel clinique et d'autres partenaires, qui travaillent ensemble à l'édification d'une culture de pratique axée sur les données probantes. Nous vous demandons de transmettre ce document aux membres de votre équipe. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres.

Ensemble, nous pouvons faire en sorte que les infirmières et les autres travailleurs de la santé contribuent à la mise en place de milieux de travail sains. Cela est essentiel pour assurer des soins de qualité aux patients. Tentons de faire des fournisseurs de soins de santé et des gens qu'ils servent les véritables gagnants de cet effort d'envergure!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is fluid and includes a long horizontal flourish at the end.

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice exécutive
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



Table des matières

CONTEXTE

Comment utiliser le document	4
Objectif et champ d'application	5
Résumé des recommandations sur la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé	6
Sources et types de données probantes sur la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé	10
Groupe d'élaboration des lignes directrices.....	11
Reconnaissance des parties prenantes	12
Contexte du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains	14
Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains	16
Contexte d'origine des lignes directrices sur la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé	21

RECOMMANDATIONS

La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé : Recommandations et discussion sur les données probantes	22
Recommandations externes/relatives au système.....	22
Recommandations relatives aux gouvernements.....	23
Recommandations relatives à la recherche	25
Recommandations relatives à l'agrément.....	26
Recommandations relatives à la formation	27
Recommandations relatives aux organisations professionnelles, réglementaires et syndicales.....	30
Recommandations relatives à l'établissement	32
Recommandations individuelles et d'équipe.....	36
Évaluation et surveillance de la ligne directrice	37
Processus de révision et de mise à jour des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains.....	39

Références (en ordre de numéro).....	40	RÉFÉRENCES
Références (en ordre alphabétique).....	45	

Annexe A : Glossaire.....	50	ANNEXES
Annexe B : Processus d'élaboration des lignes directrices.....	52	
Annexe C : Processus de revue systématique de la littérature sur la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé.....	53	
Annexe D : Outils.....	56	

Les termes suivis de la lettre « G » sont définis à l'Annexe A: Glossaire.



Comment utiliser le document

La ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains intitulée Prévention et atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé est fondée sur des données probantes et porte sur la prévention et la gestion de la fatigue des infirmières au travail.

Le rapport de recherche de 2010 de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) et de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) sur la fatigue des infirmières et la sécurité des patients¹ définit la fatigue comme suit :

« Un sentiment subjectif de fatigue (ressenti par les infirmières) qui pénètre physiquement et mentalement. Elle varie de la simple fatigue à l'épuisement, causant un état général tenace qui nuit à la capacité physique et cognitive de la personne de fonctionner normalement. Elle est multidimensionnelle, à la fois par ses causes et par ses manifestations, et influencée par des facteurs physiologiques (p.ex., rythmes circadiens), psychologiques (p.ex., stress, éveil, somnolence), comportementaux (p.ex., habitudes de travail, habitudes de sommeil) et environnementaux (p.ex., exigences du travail). La fatigue combine des caractéristiques physiques (p.ex., somnolence) et psychologiques (p.ex., usure de compassion, épuisement émotionnel). Elle peut nuire considérablement au fonctionnement et peut persister en dépit des périodes de repos. »

Cette ligne directrice renferme des renseignements tout à fait pertinents. Nous vous recommandons de lire ce document et de réfléchir aux éléments présentés afin de mettre en œuvre les recommandations qui s'appliquent à votre établissement. L'approche suivante pourrait être utile pour les personnes et les équipes qui entreprennent la mise en œuvre de cette ligne directrice.

- 1. Étudiez le cadre notionnel pour les milieux de travail sains :** La ligne directrice sur les pratiques exemplaires en matière de prévention de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé est fondée sur un cadre notionnel pour les milieux de travail sains créé par l'AIIAO pour permettre aux utilisateurs de comprendre les relations entre les principaux facteurs qui agissent sur le milieu de travail. La compréhension de ce cadre est essentielle à l'utilisation efficace du document. Nous recommandons que vous consacriez d'abord du temps à la lecture et que vous y réfléchissiez.
- 2. Déterminez un domaine cible :** Une fois que vous aurez étudié le cadre, nous suggérons que vous déterminiez un domaine cible pour vous-même, votre situation ou votre établissement. Choisissez un domaine sur lequel vous croyez devoir vous attarder pour que votre milieu devienne propice à la prévention de la fatigue des infirmières et à la qualité et la sécurité des soins de santé.
- 3. Lisez les recommandations et les résumés des recherches dans votre domaine cible :** Un certain nombre de recommandations basées sur les données probantes sont offertes pour chaque élément important du cadre notionnel sur les milieux de travail sains. Les recommandations sont des énoncés sur ce que les infirmières, les organisations et les systèmes font ou sur la façon dont ils se comportent pour prévenir la fatigue des infirmières en milieu de travail. La documentation qui préconise ces recommandations est résumée et nous croyons que vous trouverez utile de la lire afin de comprendre le « pourquoi » des recommandations.
- 4. Concentrez-vous sur les recommandations ou les comportements souhaités qui sont les plus applicables pour vous et votre situation actuelle :** Les recommandations contenues dans ce document ne doivent pas être appliquées comme des règles; elles doivent plutôt servir d'outil afin d'aider les personnes et les organisations à prendre des décisions visant à promouvoir un milieu de travail propice à la prévention de la fatigue des infirmières et à reconnaître la culture, le climat et les difficultés conjoncturelles uniques de chaque organisation. Dans certains cas, il faut tenir compte d'une quantité considérable de renseignements. Vous souhaitez peut-être explorer davantage et déterminer les situations et pratiques qui doivent être analysées ou renforcées selon votre situation.
- 5. Établissez un plan à l'état de projet :** Après avoir choisi un petit nombre de recommandations et de comportements sur lesquels vous attarder, envisagez des stratégies qui mèneront vers une mise en œuvre réussie. Établissez un plan à l'état de projet qui traite de ce que vous souhaitez vraiment faire pour aborder votre domaine cible. Si vous souhaitez obtenir de plus amples renseignements, consultez certaines des références citées ou certains des instruments d'évaluation mentionnés à l'annexe C.
- 6. Discutez du plan avec les autres et révisez-le si nécessaire :** Prenez le temps de demander l'avis des personnes qui sont susceptibles d'être touchées par votre plan ou dont l'engagement sera essentiel au succès, ainsi que des conseillers qui vous donneront de la rétroaction honnête et utile sur la pertinence de vos idées.
- 7. Commencez et réviser votre plan régulièrement :** Il est important de réviser souvent votre plan et d'y apporter les ajustements nécessaires à mesure que vous procédez à la mise en œuvre de ces lignes directrices.

L'établissement de milieux de travail sains dans le domaine des soins de la santé est un processus continu. **Bonne lecture!**

Objectif et champ d'application

Objectif

La présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires a été élaborée pour déterminer et décrire :

- les pratiques qui favorisent la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières et des autres professionnels de la santé;
- les ressources du système qui appuient les mesures de prévention de la fatigue;
- la culture organisationnelle, les valeurs et les ressources qui appuient les mesures efficaces de prévention de la fatigue;
- les ressources personnelles dont on peut tirer parti pour prévenir et atténuer la fatigue;
- les résultats que l'on devrait obtenir lorsque l'on prend des mesures efficaces pour lutter contre la fatigue.

Champ d'application

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires porte sur :

- les connaissances, les compétences et les comportements qui permettent de reconnaître, de prévenir et d'atténuer la fatigue;
- les exigences et les stratégies en matière de formation;
- les changements politiques sur le plan organisationnel et du système qui sont nécessaires pour appuyer et maintenir des pratiques qui préviennent et atténuent la fatigue;
- les stratégies et les outils de mise en œuvre;
- les critères et outils d'évaluation;
- les possibilités de recherche pour l'avenir.

Public cible

Ce document sur les pratiques exemplaires est pertinent :

- pour les infirmières peu importe leur rôle, y compris les infirmières cliniciennes, les administratrices, les éducatrices, les chercheurs et celles qui occupent un rôle politique;
- pour les infirmières de tous les domaines (pratique clinique, administration, éducation, recherche et politique), de même que pour les étudiantes en soins infirmiers;
- pour tous les milieux de pratique.

Ce document sera également utile aux intervenants suivants :

- les membres des équipes interprofessionnelles;
- les administrateurs qui ne font pas partie du personnel infirmier à l'échelle de l'unité, de l'organisation et du système;
- les décideurs et les gouvernements;
- les organisations professionnelles, les employeurs et les syndicats;
- les organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux chargés de l'établissement des normes professionnelles.

Résumé des recommandations sur la prévention de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé

Les recommandations qui suivent ont été organisées à l'aide de concepts-clés du cadre notionnel des milieux de travail sains et sont par conséquent classées dans les catégories suivantes :

- Recommandations externes/relatives au système
- Recommandations relatives à l'établissement
- Recommandations individuelles et d'équipe

Recommandations externes/relatives au système

1.0 Recommandations relatives aux gouvernements

1.1 Les gouvernements fédéral et provinciaux encouragent la gestion de la fatigue dans les milieux de soins de santé en :

- Fournissant des ressources financières et humaines suffisantes au milieu de travail pour prévenir et atténuer la fatigue;
- fournissant un financement pour appuyer la formation obligatoire des infirmières praticiennes, des infirmières gestionnaires, des étudiantes en soins infirmiers et des formatrices en soins infirmiers sur les causes de la fatigue et sur ses conséquences néfastes sur les patients et les infirmières;
- fournissant un financement pour assurer que des infrastructures appropriées sont mises à la disposition des infirmières afin qu'elles puissent se reposer pendant les pauses prévues à leur horaire. Cela signifie que des droits de repos doivent être prévus dans la conception de tous les nouveaux bâtiments et qu'un financement doit être octroyé pour rénover les installations existantes;
- Augmentant le taux d'inscription en sciences infirmières et le financement afin de garantir un effectif infirmier suffisant permettant d'assurer un rapport infirmière : patients approprié dans les milieux de soins de santé;
- fournissant un appui financier aux écoles des soins infirmiers pour gérer l'augmentation des étudiantes inscrites aux programmes de soins infirmiers.

2.0 Recommandations relatives à la recherche

2.1 Les chercheurs établissent des partenariats avec les gouvernements, les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les syndicats, les organisations des soins de santé et les établissements de formation pour mener des études sur la relation entre la fatigue, la charge de travail, les heures de travail et la quantité de sommeil nécessaire pour assurer la sécurité des soins prodigués aux patients.

Les objectifs sont les suivants : (a) améliorer la compréhension de la relation entre la fatigue des infirmières et la sécurité des patients; (b) déterminer des mesures pour réduire la fatigue; (c) atténuer l'incidence de la fatigue sur la sécurité des patients et des infirmières.

Des chercheurs de diverses professions travaillent ensemble à l'atteinte des objectifs ci-dessus en étudiant les éléments suivants :

- le nombre d'heures de travail, les quarts de travail de 12 heures, les schémas de garde et les intervalles entre les quarts de travail assurés par les infirmières à tous les niveaux (p.ex., infirmières soignantes, gestionnaires, infirmières praticiennes, les infirmières sages-femmes, etc., dans un large éventail de milieux de soins);
- Les lacunes du système provincial dans la surveillance efficace des heures de travail des infirmières étant donné que de nombreuses infirmières occupent des postes dans plusieurs organisations des divers secteurs de la santé;
- la prévalence et l'incidence de la fatigue en fonction du sexe, de la situation familiale, du mode de vie et de l'âge;
- l'efficacité des programmes pour déterminer, évaluer et atténuer la fatigue dans les milieux de soins de santé;
- La nature des facteurs d'atténuation agissant sur la fatigue en milieu de travail, y compris le travail à temps partiel et le cumul d'emplois par les infirmières.

3.0 Recommandations relatives à l'agrément

3.1 Les organismes d'agrément élaborent et mettent en œuvre des normes sur le processus d'agrément qui prônent une culture axée sur la sécurité, y compris la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières, et intègrent les recommandations contenues dans cette ligne directrice.

4.0 Recommandations relatives à la formation

4.1 Les programmes de formation en santé et sécurité au travail comprennent des séances de formation formelles et informelles qui traitent des sujets suivants :

- a) la reconnaissance et la prévention de la fatigue;
- b) les facteurs qui contribuent à la fatigue;
- c) l'incidence de la fatigue des infirmières sur la sécurité des patients, le bien-être des infirmières et le bien-être de l'organisation;
- d) l'hygiène du sommeil;
- e) l'utilisation de pratiques d'autoévaluation de la fatigue.

4.2 Les établissements d'enseignement traitent de la fatigue des infirmières dans leur programme en :

- a) intégrer au programme un contenu sur la fatigue des infirmières à l'intention des étudiantes, des précepteurs, des professeurs et des autres éducateurs;
- b) établissant une méthode d'évaluation qui fournit une rétroaction sur le processus afin de déterminer si l'on observe une diminution de la fatigue des étudiantes en soins infirmiers et du corps professoral dans le milieu d'enseignement et le milieu de travail.

4.3 Les organisations et les milieux d'enseignement :

- a) intègrent de l'information sur les stratégies de prévention et de reconnaissance de la fatigue des infirmières dans les programmes d'orientation destinés au personnel, aux étudiantes en soins infirmiers et aux précepteurs;
- b) améliorent les formations en leadership pour y intégrer les enjeux associés à la fatigue;
- c) soutiennent la recherche pour aider les organisations des soins de santé à mettre en œuvre et à évaluer des stratégies de lutte contre la fatigue des infirmières.

5.0 Recommandations relatives aux organisations professionnelles et réglementaires

5.1 Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats encouragent des pratiques qui favorisent la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières et des autres professionnels de la santé, contribuant ainsi à l'établissement de milieux de travail sains.

5.2 Les associations professionnelles et les syndicats travaillent ensemble pour plaider en faveur d'une culture de travail qui reconnaît l'incidence de la fatigue à la fois sur la sécurité des patients et la santé et le bien-être des infirmières.

5.3 Les organismes réglementaires en soins infirmiers élaborent des normes de pratique qui reconnaissent l'incidence de la fatigue sur la sécurité des patients et la santé et le bien-être des infirmières.

5.4 Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats encouragent la formation des infirmières en ce qui a trait à leur responsabilité professionnelle en matière de gestion de la fatigue personnelle et d'atténuation de l'incidence de la fatigue sur la prestation de soins sûrs et de qualité.

5.5 Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats plaident en faveur de milieux de travail sains disposant de modèles de dotation appropriés qui prévoient une dotation adéquate en personnel infirmier autorisé pour répondre à la charge de travail et aux enjeux liés aux heures supplémentaires, et des pratiques d'établissement des horaires qui réduisent au minimum la fatigue.

5.6 Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats appuient et encouragent un milieu de travail sain pour tous les professionnels de la santé.

5.7 Les organismes de réglementation établissent des normes de pratique et des lignes directrices à l'intention des infirmières et des employeurs afin d'assurer la qualité des milieux de pratique.

5.8 Les syndicats, les associations professionnelles et les organismes de réglementation en soins infirmiers encouragent les infirmières et les organisations à cerner, documenter et aborder ensemble les conditions de dotation non sécuritaires.

6.0 Recommandations relatives à l'établissement

6.1 Les organisations et les établissements d'enseignement prônent une culture qui reconnaît que la fatigue des infirmières pose un risque pour la sécurité des patients et des infirmières et que ce risque doit être atténué par des programmes complets de prévention et de gestion de la fatigue qui comprennent :

- a) la formation du personnel et des gestionnaires sur la gestion de la fatigue;
- b) l'élaboration de mécanismes permettant de documenter la fatigue et d'analyser ses relations avec les heures supplémentaires, les erreurs de médication et les résultats pour les patients et le personnel;
- c) le déploiement de stratégies d'évaluation de la fatigue par l'entremise de programmes d'orientation et d'autres occasions de perfectionnement professionnel;
- d) des services de soutien, tels que des initiatives favorisant le bien-être et des programmes d'aide aux employés, pour aider à lutter contre les causes de la fatigue.

6.2 Les organisations planifient, mettent en œuvre et évaluent des pratiques de dotation et d'établissement de la charge de travail qui garantissent que des effectifs suffisants sont déployés pour réduire la charge de travail et ainsi atténuer la fatigue des infirmières et assurer la sécurité des infirmières et des patients.

6.3 Les organisations mettent en œuvre une politique sûre en matière d'établissement des horaires qui limite à 12 le nombre d'heures de travail sur une période de 24 heures, et à 50 le nombre d'heures de travail par semaine de travail de 7 jours.

a) En cas de travail de nuit, les horaires de travail ne devraient pas comprendre plus de trois quarts de nuit de 12 heures consécutifs et on devrait prévoir un intervalle de récupération plus long entre les séries de quarts de travail.

6.4 Les organisations élaborent et mettent en œuvre une politique (en consultation avec les conseils des unités de soins infirmiers, le service de santé/bien-être au travail, les comités d'établissement des horaires, le syndicat et les organismes réglementaires) qui fixe des limites en ce qui a trait au nombre d'heures supplémentaires que peuvent faire les infirmières.

6.5 Les organisations élaborent une politique qui prône les périodes de repos et de sommeil pendant les pauses. Les organisations créent en outre un lieu sûr et sécuritaire où les infirmières peuvent bénéficier de périodes ininterrompues de repos et de sommeil (hormis en cas d'urgence). Les infirmières conservent la responsabilité professionnelle de répondre aux urgences.

7.0 Recommandations individuelles et d'équipe

7.1 Tous les employés, les médecins, les bénévoles et les étudiants doivent :

- réaliser une autoévaluation avant de commencer leurs quarts de travail et pendant les quarts de travail pour s'assurer qu'ils sont en état de travailler et de prodiguer des soins en toute sécurité;
- s'assurer qu'ils disposent d'un temps de récupération suffisant avant le début du prochain quart de travail;
- prendre des pauses auxquelles ils ont droit et inciter leurs collègues à faire de même;
- limiter leur nombre d'heures supplémentaires.

7.2 Tous les employés, les médecins, les bénévoles et les étudiants sont responsables de reconnaître et de signaler les conditions de travail dangereuses (p.ex., la fatigue) conformément aux normes de pratiques professionnelles et à la politique de l'établissement, et ce, sans craindre les représailles.

7.3 Tous les employés, les médecins, les bénévoles et les étudiants doivent assumer la responsabilité de préserver de façon optimale leur santé et leur bien-être, notamment par les mesures suivantes :

- en faisant de l'exercice physique à l'extérieur du travail;
- en adoptant un régime alimentaire approprié;
- en veillant à se reposer et à dormir suffisamment entre leurs quarts de travail;
- en communiquant leurs préférences en matière de quarts de travail s'ils savent que certains modèles d'horaire en particulier ont une incidence sur leur vie personnelle;
- en établissant leur propre horaire de façon responsable, dans les cas où le milieu permet une telle pratique.

Sources et types de données probantes sur la prévention de la fatigue des infirmières au travail

Sources des données probantes

Les recherches de données probantes ont révélé la présence d'études expérimentales, quasi-expérimentales, descriptives et qualitatives. Les sources documentaires de ces données comprennent :

- Une revue systématique de la littérature sur la fatigue des infirmières (Annexe C);
- Une recherche documentaire supplémentaire menée par les membres du groupe de préparation.

Types de données probantes

La pratique actuelle dans le domaine de l'élaboration de lignes directrices sur la pratique exemplaire demande que la solidité relative des données probantes soit évaluée². Les systèmes de classement des données probantes les plus couramment utilisés considèrent les revues systématiques portant sur des essais à répartition aléatoire comme la méthode de référence³. Toutefois, les essais à répartition aléatoire ne conviennent pas forcément à l'étude de toutes les questions pertinentes, particulièrement si les sujets ne peuvent être répartis de façon aléatoire ou si les variables pertinentes existent déjà ou sont difficiles à isoler. Cela est particulièrement vrai dans le cas de la recherche comportementale et organisationnelle pour lesquelles les études sont difficiles à concevoir en raison des modes de fonctionnement et des processus organisationnels en constante évolution. Les professionnels de la santé ne se préoccupent pas seulement des relations de cause à effet et reconnaissent une vaste gamme d'approches permettant de générer la connaissance pour la pratique. Les données probantes contenues dans le présent document ont été classées selon une adaptation des niveaux de preuve traditionnellement utilisés par la Cochrane Collaboration⁴ et la ligne directrice du Scottish Intercollegiate Guidelines Network⁵. Une partie de cette adaptation comprend l'emploi du terme « type de données probantes » plutôt que « niveau de données probantes » conformément à la nature complète de cette ligne directrice (Tableau 1).

Tableau 1. Types et description des données probantes

Type de données probantes	Description
A	Données probantes tirées des essais cliniques aléatoires et des méta-analyses ^G
A1	Revue systématique ^G
B	Données probantes tirées d'études corrélationnelles descriptives ^G
C	Données probantes tirées d'études qualitatives ^G
D	Données probantes tirées d'opinions d'experts ^G
D1	Études d'intégration ^G
D2	Revue critique ^G

Groupe d'élaboration des lignes directrices

Ann E. Rogers PH.D., INF. AUT., FAAN

Coprésidente du groupe d'élaboration
Professeure
Emory University, Neil Hodgson Woodruff School
of Nursing
Atlanta, Georgia

Milijana Buzanin INF. AUT., B.SC.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS (CANDIDATE)

Coprésidente du groupe d'élaboration
Coordonnatrice des soins ambulatoires
Krembil Neurosciences Program
Toronto Western Hospital, Réseau universitaire de santé
Toronto, Ontario

Lisa Ashley INF. AUT., ICSC(C), B.SC.INF., M.ED.

Consultante en soins infirmiers, Politique des soins
infirmiers
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Ottawa, Ontario

Rob Barrett M.A.

Président
GreenDot Global Inc. et Suresurgery Inc.
Calgary, Alberta

Desrine Brown INF. AUT., B.SC.INF.

Gestionnaire de cas et directrice du groupe d'intérêt
des infirmières Soignantes
Mississauga Halton Community Care
Mississauga, Ontario

Katarina R. Busija INF. AUT., B.SC.INF.

Gestionnaire des soins aux résidents
Municipalité régionale de Halton
Oakville, Ontario

Lorrie Daniels INF. AUT., B.SC.INF.

Spécialiste de la pratique professionnelle
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Toronto, Ontario

Kaiyan Fu inf. aut., B.SC.INF., M.SC.S., CHE

Directrice, gestion de l'innovation et du changement
en soins infirmiers
St. Michael's Hospital
Toronto, Ontario

Ashley Husk INF. AUT., B.SC.INF.

Infirmière soignante
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Ruth Jackson INF. AUT., B.SC.INF.

Infirmière soignante
London Health Sciences Centre
London, Ontario

Liana Salvador

Étudiante de deuxième année en soins infirmiers
Université Ryerson
Toronto, Ontario

Teresa Quintos INF. AUT.

Directrice associée des soins
Soins spéciaux, Mississauga
Mississauga, Ontario

Florence Tarrant INF. AUT., DOPN, B.SC.INF., M.A.P., M.B.A.

Consultante en élaboration des principes et ancienne
présidente
F. Tarrant & Associates et Association canadienne pour les
soins infirmiers en milieu rural et éloigné
Halifax, Nouvelle-Écosse

Susan Trevisan INF. AUT., B.SPÉC.SC.INF., M.ED.

Infirmière en santé publique/spécialiste du traitement
du tabagisme
Unité de santé du district de Thunder Bay
Thunder Bay, Ontario

Ann-Maria Urban INF. AUT., INF. AUX. AUT., B.SC.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS

Professeure, Saskatchewan Institute of Applied Science and
Technology
Régina, Saskatchewan

Althea Stewart-Pyne INF. AUT., B.SC.INF., M.SC.S.

Directrice de programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto, Ontario

Erica D'Souza B.SC., CERT. GÉRONTO., DIPL. PROMO. SANTÉ

Assistante de programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto, Ontario

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario souhaite également remercier les adjointes à la recherche Corinne Smith et Justine Navarro pour leur contribution à l'évaluation de la qualité de la documentation et à la rédaction des tableaux de données probantes.

Les membres du groupe de préparation des lignes directrices ont fait des déclarations d'intérêt et de confidentialité. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Reconnaissance des parties prenantes

L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario remercie les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice et pour nous avoir communiqué leur précieuse rétroaction.

NOM, TITRES PROFESSIONNELS

PALESE ALVISA M.SC.INF, B.SC., INF. AUT.

LINDA BAYLY INF. AUT., B.SC.INF., CSIG(C)

BARBARA BICKLE INF. AUT. (CATÉGORIE SPÉCIALISÉE), B.SC.INF.,

MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, INFIRMIÈRE PRATICIENNE, CSIC(C)

LAURA BRADBURY INF. AUT., B.SC.INF.

DEBBIE BRUDER B.A., INF.AUT., M.SC.SANTÉ

DEB CLARKE-ROTHER INF. AUT., B.SC.INF., M.SC.INF.

BEN COOPER IAA

MARY COULTER INF. AUT.

KAREN CZIRAKI INF. AUT., B.SC.INF.

SHEILA DAVY INF. AUT., B.A., BHA

SALMA DEBS-IVALL INF. AUT., M.SC.INF.

DENISE DIETRICH INF. AUX. AUT., CRTWC, CDMP, MCVP, M.SC.SANTÉ

ROSE GASS INF. AUT., CSU(C), B.A., MHST

JULIE GREGG MAÎTRISE EN ÉDUCATION DES ADULTES, INF. AUT.

LINDA HASLAM-STROUD INF. AUT.

TITRE, ORGANISATION, MUNICIPALITÉ, PROVINCE

Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université d'Udine
Udine, Italie

Consultante en soins infirmiers, AON Inc.
Peterborough (Ontario)

Infirmière praticienne
Nurse Practitioners Supporting Teams Averting
Transferts, expansion des soins de longue durée
Hôpital de Scarborough, Campus Général
Service des urgences
Scarborough, Ontario

Infirmière en neurologie clinique, The Hospital for Sick Children,
Toronto, Ontario

Chef de la pratique/de l'éducation
Hôpital Grand River, Kitchener, Ontario

Coordinatrice de la pratique professionnelle
Hôpital Soldiers' Memorial d'Orillia, Orillia, Ontario

Infirmier soignant
Centre régional de santé de North Bay, North Bay, Ontario

Infirmière soignante
London Health Sciences Centre, London (Ontario)

Coordinatrice
Initiative OVPE du Réseau local d'intégration des services de
santé de Hamilton Niagara Haldimand Brant,
Hamilton, Ontario

Infirmière soignante, formatrice en soins infirmiers
Hôpital de Scarborough, Seneca College, Toronto, Ontario

Directrice, modèles de pratique infirmière et de soins
interprofessionnels
L'Hôpital d'Ottawa, Ottawa, Ontario

Consultante en réadaptation
Cascade Disability Management Inc., Waterloo, Ontario

Directrice, services des urgences et de pneumologie
Hôpital général de Norfolk, Simcoe, Ontario

Consultante en matière de politiques
College of Registered Nurses of Nova Scotia, Halifax,
Nouvelle-Écosse

Présidente
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario,
Toronto, Ontario

LISA LALLION INF. AUT., B.SC.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, ICS	Infirmière clinicienne spécialisée Centre Sunnybrook des sciences de la santé, Toronto, Ontario
KATHLEEN LEDOUX INF. AUT., B.SC.INF., M.SC.INF.	Conseillère London, Ontario
SIOBHAINN LEWIS INF. AUT., B.SC.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS	Consultante en soins infirmiers Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, St. John's, Terre-Neuve-et-Labrador
BRENDA MUNDY IAA, INF. AUT., B.SC.INF.	Présidente désignée Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario, Mississauga (Ontario)
EMMA OUDEH INF. AUT., B.A.	Infirmière autorisée Réseau universitaire de santé, Toronto, Ontario
MUNI PRIOR B.SC.INF., INF. AUT.	Infirmière soignante, Hôpital Temiskaming New Liskeard, Ontario
PAMELA ROWE INF. AUT.	Directrice de la pratique infirmière Municipalité régionale de Durham – Hillsdale Estates, Oshawa, Ontario
MONICA SEAWRIGHT INF. AUX. AUT.	Superviseure de la prestation de soins infirmiers et de services de soutien à domicile Soins à domicile Bayshore et Alliance Chatham-Kent pour la santé, Chatham, Ontario
MARY SERRANO-HRUBY INF. AUT., ICC, WORN	Directrice des soins, Hellenic Home Scarborough Scarborough, Ontario
JO ANNE SHANNON INF. AUT.	Spécialiste de la pratique professionnelle Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto, Ontario
JUDY SMITH INF. AUT., B.SC.INF., MDE, CSU(C)	Gestionnaire des urgences gériatriques Hôpital central de York, Richmond Hill, Ontario
YOLANDA G. SMITH INF. AUT., M.SC.INF, CCRN	Fondatrice/directrice Holistic Self-Care: Just For Me, Inc., Brooklyn, New York
JAN STORCH, INF. AUT., B.SC.INF., MHSA, PH.D.	Professeur émérite University of Victoria School of Nursing, Victoria, Colombie-Britannique
LYNNE STRATHERN, INF. AUT., B.SC.INF., M.ED.	Chef de la pratique professionnelle St. Joseph's Health Centre, Toronto, Ontario
HILDA SWIRSKY, INF. AUT., B.SC.INF., M.ED.	Infirmière soignante Hôpital Mount Sinai, Toronto, Ontario
DODIE TRIMBLE INF. AUT., B.SC.INF., MHST(C)	Directrice de la qualité et de la pratique professionnelle Hôpital général de Norfolk, Simcoe, Ontario
SHELLEY TRYON INF. AUT. (CATÉGORIE SPÉCIALISÉE), ASSISTANTE EN SOINS MÉDICAUX AVANCÉS D'URGENCE, B.SC.INF., ENCC, M.SC.INF., INFIRMIÈRE PRATICIENNE FAMILIALE	Infirmière praticienne Médecine interne, Hamilton Health Sciences, Hamilton, Ontario
MICHELLE WELCH INF. AUT., B.SC.INF., B.A. (PSYCHOLOGIE)	Superviseure Region of Peel Public Health Department, Brampton, Ontario

Contexte du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

En juillet 2003, l'Alliance canadienne des infirmières (ACI), grâce au financement du ministère de la Santé et des Soins longue durée de l'Ontario (MSSLD), en partenariat avec le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada, a débuté la rédaction des lignes directrices pour la pratique exemplaire basées sur les données probantes afin d'établir des milieux de travail sains⁶ pour le personnel infirmier⁶. Tout comme pour la prise de décisions cliniques, il est important que ceux qui se concentrent sur l'établissement de milieux de travail sains prennent des décisions en fonction des meilleures données probantes possibles.

Le projet de lignes directrices pour la pratique exemplaire dans les milieux de travail sains⁶ se veut une réponse aux besoins prioritaires déterminés par le Joint Provincial Nursing Committee (JPNC) et le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers⁶. L'idée de rédiger et de distribuer à grande échelle un guide sur les milieux de travail sains a d'abord été proposée dans *Ensuring the care will be there: Report on nursing recruitment and retention in Ontario*⁷ soumise au MSSLD en 2000 et approuvée par le JPNC.

Plusieurs facteurs exercent une pression de plus en plus vive sur les systèmes de soins de santé : la nécessité de maîtriser les coûts et d'accroître la productivité, l'augmentation de la demande découlant de la croissance de la population et de son vieillissement, l'évolution de la technologie et les goûts de plus en plus raffinés des consommateurs en matière de soins de santé. Au Canada, la réforme des soins de santé est axée sur les principaux objectifs précisés dans l'Accord des premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de 2000⁸ et l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé de 2003 et de 2004^{9,10}. Ces objectifs sont les suivants :

- la prestation en temps opportun de services de santé en fonction des besoins;
- des soins de santé de qualité supérieure, efficaces, axés sur le patient/client et fiables;
- un système de santé viable et abordable.

Les infirmières sont une composante essentielle de l'atteinte de ces objectifs. Un nombre suffisant d'infirmières est primordial au maintien d'un accès abordable à des soins de santé sûrs et opportuns. L'établissement de milieux de travail sains pour les infirmières est crucial à leur recrutement et à leur maintien en poste.

De nombreux rapports et articles ont documenté les difficultés que représentent le recrutement et le maintien d'un effectif sain d'infirmières^{7,11-15}. En effet, certains auteurs indiquent que les milieux de travail malsains constituent la cause fondamentale de la pénurie actuelle de personnel infirmier¹⁶⁻¹⁹. Des stratégies visant à améliorer les milieux de travail des infirmières sont nécessaires pour réparer les dommages causés par une décennie de restructuration incessante et de réduction des effectifs.

Les chercheurs comprennent de mieux en mieux la relation entre le milieu de travail des infirmières, les résultats pour les patients et les clients et le rendement organisationnel et du système²⁰⁻²². Un certain nombre d'études ont montré des liens solides entre la dotation en infirmières et les mauvais résultats pour les patients/clients²³⁻³³. Il a été démontré que les milieux de travail sains apportent des avantages financiers aux organisations en réduisant l'absentéisme, la perte de productivité, les coûts organisationnels des soins de santé³⁴ et les coûts découlant de résultats nuisibles pour le patient/client^{6,35}.

La mise en place d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier exige un changement transformationnel, avec des « interventions qui ciblent des facteurs organisationnels et du milieu de travail sous-jacents³⁶ ». C'est dans ce but que nous avons préparé ces lignes directrices. Nous croyons que leur mise en œuvre intégrale changera les choses pour les infirmières, leurs patients/clients, ainsi que les organisations et les collectivités dans lesquelles elles pratiquent. Nous pensons que le fait de mettre l'accent sur la mise en place de milieux de travail sains sera bénéfique non seulement aux infirmières, mais aussi aux autres membres de l'équipe soignante. Nous croyons aussi que les lignes directrices pour la pratique exemplaire ne peuvent être mises en place avec succès qu'en présence d'une planification, de ressources et d'appuis organisationnels et administratifs adéquats, ainsi qu'avec la facilitation appropriée.

Milieu de travail sain : définition

Milieu de pratique qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, des résultats de qualité chez le patient, le rendement organisationnel et les retombées sociales.

Les six principales lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

1. Les soins en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers
2. Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail
3. Développement et maintien du leadership infirmier
4. Souscription au principe de la diversité culturelle dans les soins de santé : développement de la compétence culturelle
5. Le professionnalisme en soins infirmiers
6. La santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail



Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

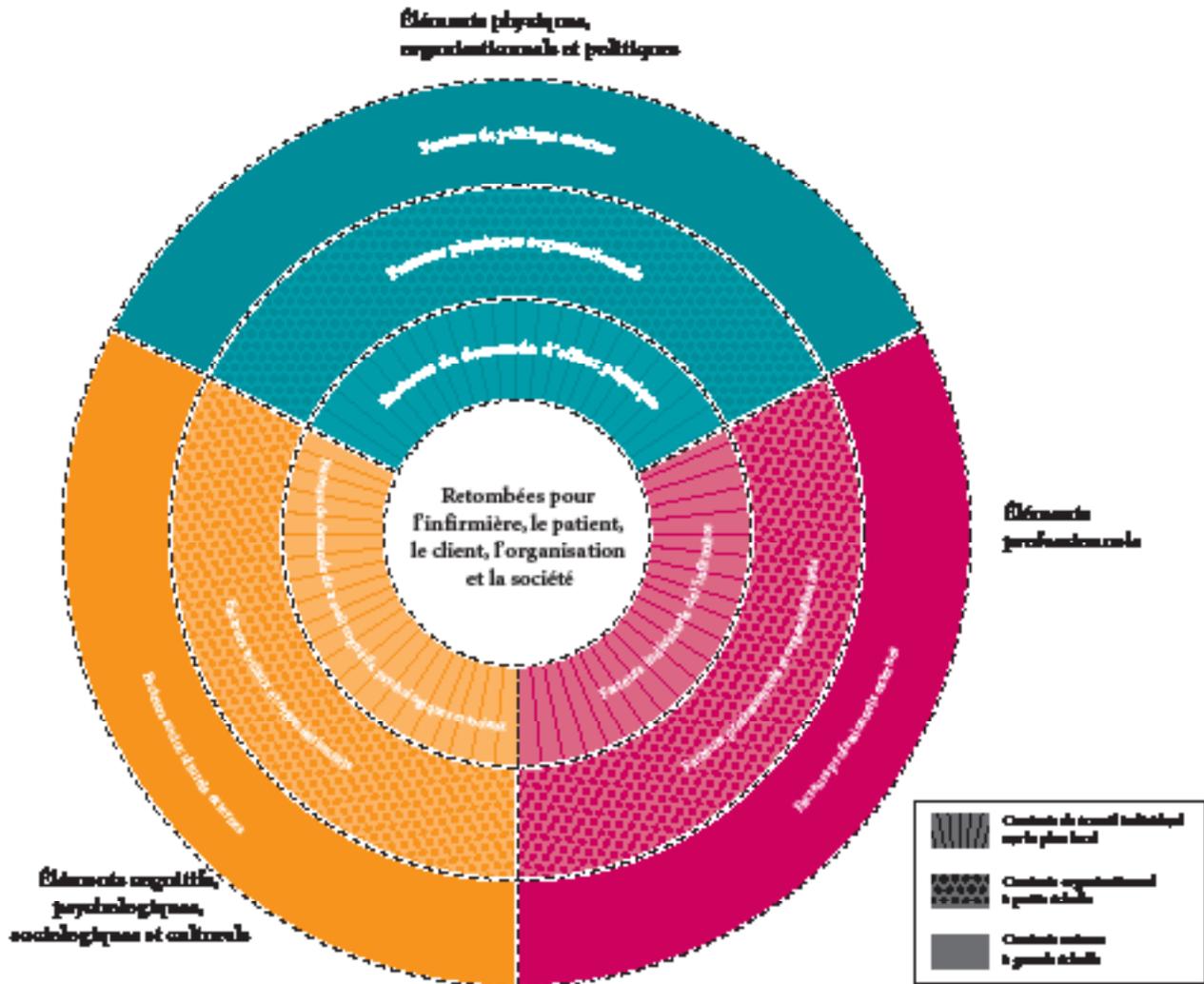


Figure 1. Modèle conceptuel des milieux de travail sains des infirmières : éléments, facteurs et résultats^{13,37,38}

Un milieu de travail sain pour les infirmières est complexe et multidimensionnel, et se compose de nombreux éléments interreliés. Un modèle complet est nécessaire afin de guider la préparation, la mise en place et l'évaluation d'une approche systématique dans le but d'améliorer le milieu de travail des infirmières. Les milieux de travail sains pour les infirmières se définissent comme des lieux de travail qui maximisent la santé et le bien-être de l'infirmière, des résultats de qualité chez le patient/client, le rendement organisationnel et les retombées sociales.

Dans son intégralité, le modèle conceptuel des milieux de travail sains des infirmières présente le milieu de travail sain comme un produit de l'interdépendance entre les déterminants du système individuel (local), organisationnel (petite échelle) et externe (grande échelle), tel qu'illustré dans les trois cercles extérieurs à la Figure 1. Au centre des cercles se trouvent les bénéficiaires des milieux de travail sains : les infirmières, les patients, les organisations, les systèmes et la société dans son ensemble³⁹. Les lignes à l'intérieur du modèle sont pointillées afin d'indiquer les interactions synergiques entre tous les niveaux et les éléments du modèle.

Le modèle suppose que le rôle de la personne est modifié et influencé par les interactions entre la personne et son environnement. Par conséquent, les interventions visant à promouvoir les lieux de travail sains doivent cibler divers niveaux et éléments du système. De même, les interventions n'influencent pas que les facteurs à l'intérieur du système et les interactions parmi ces facteurs : ils influencent aussi le système en soi^{17,40}.

Voici les hypothèses sous-jacentes au modèle :

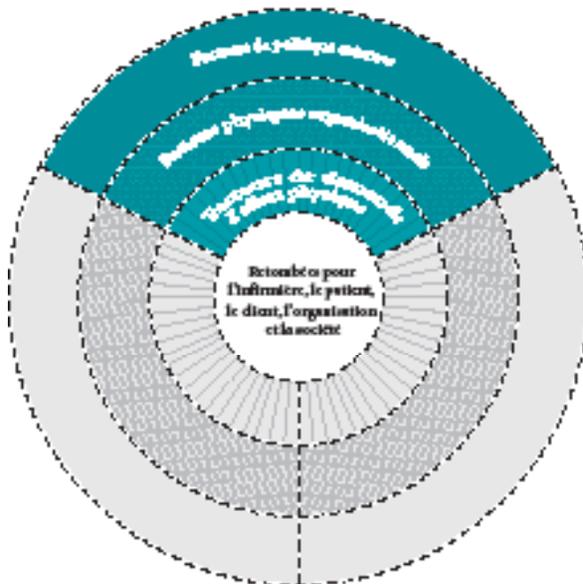
- des milieux de travail sains sont essentiels pour des soins aux patients/clients de qualité et sécuritaires;
- le modèle s'applique à tous les lieux de pratique et à tous les domaines de soins infirmiers;
- les facteurs sur le plan des systèmes individuel, organisationnel et externes sont les déterminants des lieux de travail sains pour les infirmières;
- les facteurs des trois niveaux influent sur la santé et le bien-être des infirmières, les résultats de qualité pour les patients, le rendement de l'organisation et du système, les retombées sociales, soit individuellement ou au moyen d'interactions synergiques;
- à chaque niveau, il y a des éléments de politique physiques et structurels, des éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels, ainsi que des éléments professionnels;
- les facteurs professionnels sont propres à chaque profession, alors que les autres facteurs sont généraux et s'appliquent à toutes les professions ou à tous les postes.



Éléments physiques, organisationnels et politiques

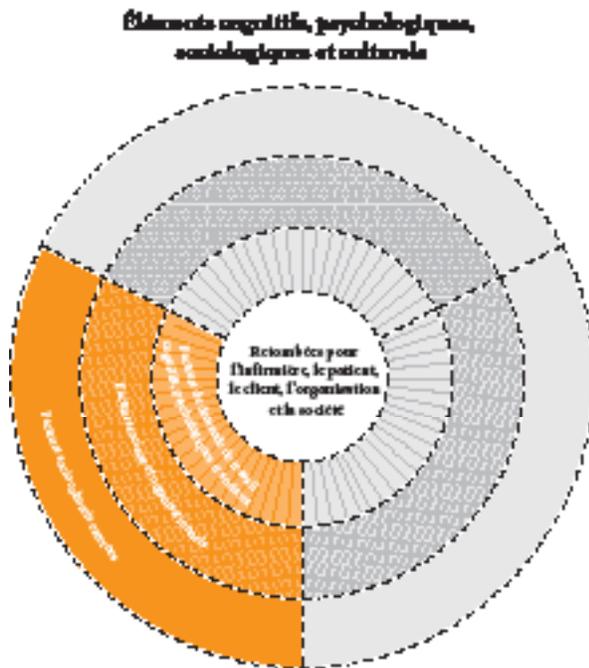
- Sur le plan individuel, les facteurs de demande d'effort physique sont les exigences du travail qui nécessitent des capacités physiques et un effort de la part de la personne¹⁸. Parmi ces facteurs, on trouve la charge de travail, les horaires et les quarts qui changent constamment, le soulèvement de charges lourdes, l'exposition aux substances dangereuses et infectieuses et les menaces pour la sécurité personnelle.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs physiques organisationnels comprennent les caractéristiques de l'environnement physique de l'organisation, ainsi que les processus et les modes de fonctionnement organisationnels créés pour répondre aux exigences physiques de l'emploi. Parmi ces facteurs, on trouve les pratiques de dotation, les horaires flexibles et l'établissement d'horaires par les infirmières, l'accès à un matériel de levage en bon état, les politiques sur la santé et la sécurité au travail et la sécurité personnelle.
- Sur le plan externe et celui du système, les facteurs de politique comprennent les modèles de prestation de soins de santé, le financement et les cadres législatif, commercial, économique et politique (p. ex., politiques migratoires, réforme du système de santé) externes à l'organisation.

Éléments physiques, organisationnels et politiques



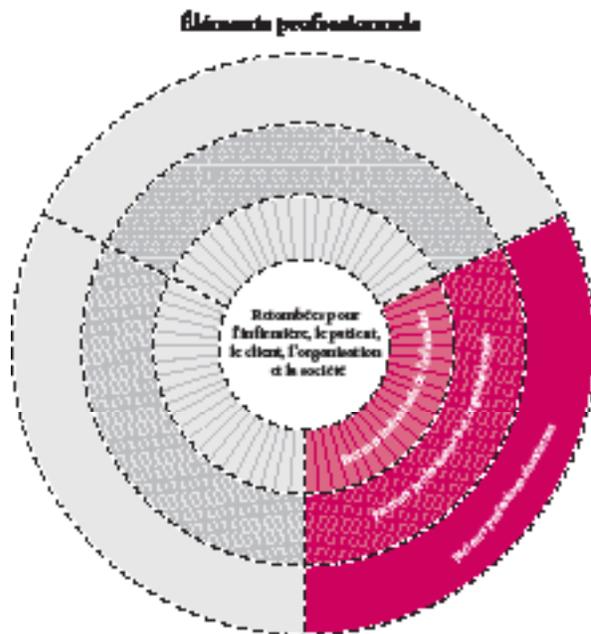
Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels

- Sur le plan individuel, les facteurs de demande de travail cognitifs et psychosociaux comprennent les exigences du travail qui nécessitent des capacités cognitives, psychologiques et sociales (p.ex., connaissances cliniques, habiletés d'adaptation efficaces, aptitudes à communiquer) de la part de la personne¹⁸. Parmi ces facteurs, on trouve la complexité clinique, la sécurité d'emploi, les relations d'équipe, les difficultés affectives, la précision du rôle et la tension liée au rôle.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs sociaux organisationnels sont liés au climat organisationnel, à la culture et aux valeurs. Parmi ces facteurs, on trouve la stabilité organisationnelle, les pratiques et les modes de communication, les relations de travail, la gestion des relations et une culture d'apprentissage continu et de soutien.
- Sur le plan du système, les facteurs socioculturels externes comprennent les tendances en matière de consommation, les préférences en constante évolution en ce qui concerne les soins, les rôles changeants de la famille, la diversité de la population et celle des fournisseurs, ainsi que les réalités démographiques en constante évolution – tous ont une incidence sur le fonctionnement des organismes et des personnes.



Éléments professionnels

- Sur le plan individuel, les facteurs individuels de l'infirmière comprennent les qualités personnelles et les compétences acquises de même que le savoir qui déterminent la façon dont elle réagit aux demandes physiques, cognitives et psychosociales du travail¹⁸. Parmi ces facteurs, on trouve l'engagement envers les soins aux patients/clients, l'organisation et la profession, les valeurs personnelles et l'éthique, la pratique réflexive, la résilience, l'adaptabilité et la confiance en soi, et l'équilibre entre le travail et la vie de famille.
- Sur le plan organisationnel, les facteurs professionnels et organisationnels sont caractéristiques de la nature et du rôle du poste. Parmi ces facteurs, on trouve le champ d'activité de la pratique, le degré d'autonomie et la maîtrise de la pratique, ainsi que les relations intradisciplinaires.
- Sur le plan externe et celui du système, les facteurs professionnels externes comprennent les politiques et les règlements aux échelons provincial ou territorial, national et international qui ont une incidence sur les politiques sociales et de santé, ainsi que la socialisation du rôle au sein des diverses disciplines et des divers domaines concernés.



Contexte d'origine des lignes directrices sur la prévention de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé

La sécurité des patients et leurs résultats positifs constituent des préoccupations cruciales pour les organisations de soins de santé et les professionnels de la santé. Des publications montrent que la fatigue des infirmières contribue aux résultats négatifs des patients et à un mauvais rendement professionnel, deux facteurs qui peuvent compromettre les soins aux patients et la santé des infirmières⁴¹. La fatigue est une sensation complexe et multidimensionnelle et les facteurs qui y contribuent agissent à l'échelle de la personne, de l'organisation et du système. L'Institute of Medicine (IOM) recommande l'élaboration de stratégies traitant de l'ensemble du milieu de travail en tant que solution globale d'atténuation et de gestion de la fatigue⁴². De nombreuses données appuient la nécessité de changer les pratiques actuelles et de promouvoir une culture de la sécurité, qui reconnaît la fatigue des infirmières comme étant un risque inacceptable pour la sécurité des patients et le bien-être des infirmières, qui reconnaît l'incidence de la fatigue et qui permet aux infirmières de citer la fatigue comme cause d'incapacité de travailler⁴³. La recherche a montré que la fatigue chez les infirmières est un problème crucial, mais encore mal reconnu¹.

Le rapport de recherche de l'AllAO et de l'AIC sur la fatigue des infirmières et la sécurité des patients¹ définit la fatigue comme suit :

« un sentiment subjectif de fatigue (ressenti par les infirmières) qui pénètre physiquement et mentalement. Elle varie de la simple fatigue à l'épuisement, causant un état général tenace qui nuit à la capacité physique et cognitive de la personne de fonctionner normalement. Elle est multidimensionnelle, à la fois par ses causes et par ses manifestations, et influencée par des facteurs physiologiques (p. ex., rythmes circadiens), psychologiques (p. ex., stress, éveil, somnolence), comportementaux (p. ex., habitudes de travail, habitudes de sommeil) et environnementaux (p. ex., exigences du travail). La fatigue combine des caractéristiques physiques (p. ex., somnolence) et psychologiques (p. ex., usure de compassion, épuisement émotionnel). Elle peut nuire considérablement au fonctionnement et peut persister en dépit des périodes de repos. »

Le niveau d'acuité accru des patients et la plus grande complexité des soins, la charge de travail, le travail par quarts et les heures supplémentaires sont tous des facteurs qui peuvent prédisposer les infirmières à la fatigue et nuire à leur capacité à prodiguer des soins sûrs, avec compétence et compassion⁴¹. La longue durée des quarts de travail augmente de manière significative le risque d'erreur et diminue significativement les niveaux de vigilance⁴⁴. Devant une demande croissante en soins infirmiers, une population vieillissante et des effectifs moindres de personnel infirmier, le nombre d'heures de travail des infirmières augmente⁴⁴. Par conséquent, les infirmières soignantes du milieu hospitalier doivent régulièrement assumer des quarts de travail de 12 heures ou plus, prennent rarement les pauses auxquelles elles ont droit pendant leur quart et travaillent plus longtemps que le prévoit leur horaire quotidien⁴⁴. Une pénurie d'infirmières a été signalée au Canada et aux États-Unis, et le problème s'observe maintenant à l'échelle mondiale. L'AIC prévoyait, au Canada, une pénurie de 78 000 infirmières autorisées en 2011 et ce chiffre augmentera à 113 000 d'ici 2016 si aucune nouvelle politique n'est mise en œuvre et que le bilan de santé de la population canadienne demeure le même⁴⁵.

Les tâches infirmières qui imposent des exigences physiques, cognitives et émotionnelles extrêmes (p. ex., dans les domaines médico-chirurgical, des soins intensifs et péri-opératoires) ont été associées à une augmentation de la probabilité de sommeil inadéquat ou de mauvaise qualité, de dépression et d'absentéisme⁴⁶. La fatigue liée au travail a également été associée à des taux accrus de blessure, de divorce, de violence familiale et de dépendance chimique⁴⁷. Une durée de sommeil de quatre heures ou moins a également été associée à l'obésité, à la maladie cardiovasculaire, au diabète, à la dépression et à d'autres troubles psychiatriques; la privation de sommeil a quant à elle été associée à une diminution des facultés liées à la conduite⁴⁴.

La fatigue des infirmières est souvent associée à une rotation fréquente des quarts et est aggravée par une culture de travail qui exige que les infirmières et les autres membres du personnel soignant travaillent de longues heures, et qui accorde peu d'importance au sommeil. La fatigue des infirmières est corrélée à des risques pour la sécurité des patients, au rendement, aux erreurs, à la santé personnelle, au recrutement des infirmières et à leur maintien en poste⁴⁸. Il est par conséquent fondamental que la relation indissociable entre la fatigue des infirmières et la sécurité des patients soit abordée sous l'angle de l'établissement de milieux de travail sains pour les infirmières de même que pour leurs employeurs.

En raison de la nature urgente du problème de la fatigue des infirmières et des conséquences potentielles sur le recrutement et le maintien en poste des infirmières, l'AICC et l'AIIO ont mené, en 2010, un rapport de recherche visant à accroître la sensibilisation en ce qui a trait à la fatigue des infirmières et à proposer des solutions relativement aux impératifs politiques pour mieux lutter contre ce problème¹. Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires résulte d'une recommandation émise dans le rapport national selon laquelle l'AIIO devait élaborer une ligne directrice sur les pratiques exemplaires en matière de fatigue des infirmières. Cette ligne directrice, qui porte sur l'atténuation et la prévention de la fatigue des infirmières, est fondée sur le rapport de l'AICC et de l'AIIO et fournit des recommandations claires (appuyées sur les meilleures données probantes) quant aux mesures qui doivent être prises par les gouvernements, les systèmes de soins de santé, les organisations et les infirmières elles-mêmes pour prévenir et atténuer les causes de la fatigue.

La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé : recommandations et discussion sur les données probantes

Recommandations externes/relatives au système

Les recommandations suivantes reflètent les éléments physiques, organisationnels, cognitifs, psychologiques, sociologiques, culturels et professionnels de la prévention et l'atténuation de la fatigue en milieu de travail qui doivent être abordés à l'échelle du secteur externe ou du système pour assurer l'application des pratiques exemplaires. Les facteurs en lien avec les éléments du système externe contenus dans les recommandations comprennent :

Éléments matériels et organisationnels :

- Les modèles de prestation de soins de santé;
- Le financement;
- Le cadre législatif/politique.

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels :

- Les attentes des consommateurs (p. ex., leur compréhension des conséquences de la fatigue et du besoin de prendre des pauses);
- Évolution du rôle de la famille (p. ex., le besoin des revenus provenant des heures supplémentaires);
- La diversité de la population et des dispensateurs de soins de santé.

Éléments professionnels

- Les politiques et les règlements aux échelons provincial ou territorial, national et international qui ont une incidence sur la façon dont les organisations et les personnes se comportent en ce qui concerne l'atténuation et la prévention de la fatigue des infirmières au travail;
- Les compétences et les normes de pratique qui influent sur le comportement et la culture des membres de l'équipe.

1.0 Recommandations relatives aux gouvernements

Recommandation

- 1.1 Les gouvernements fédéral et provinciaux encouragent la gestion de la fatigue dans les milieux de soins de santé en :
- fournissant des ressources financières et humaines suffisantes au milieu de travail pour prévenir et atténuer la fatigue;
 - fournissant un financement pour appuyer la formation obligatoire des infirmières praticiennes, des infirmières gestionnaires, des étudiantes en soins infirmiers et des formatrices en soins infirmiers sur les causes de la fatigue et sur ses conséquences néfastes sur les patients et les infirmières;
 - fournissant un financement pour assurer que des infrastructures appropriées sont mises à la disposition des infirmières afin qu'elles puissent se reposer pendant les pauses prévues à leur horaire. Cela signifie que des endroits de repos doivent être prévus dans la conception de tous les nouveaux bâtiments et qu'un financement doit être octroyé pour rénover les installations existantes;
 - augmentant le taux d'inscription en sciences infirmières et le financement afin de garantir un effectif infirmier suffisant permettant d'assurer un rapport infirmière:patients approprié dans les milieux de soins de santé;
 - fournissant un appui financier aux facultés de soins infirmiers pour gérer l'augmentation des étudiantes inscrites aux programmes de soins infirmiers.

Discussion sur les données probantes^a

De nombreuses données montrent que de lourdes charges de travail et la pénurie de personnel nuisent à la sécurité des patients/clients^{44,49}. Les gouvernements ont la responsabilité d'assurer la sécurité des soins aux patients en fournissant au milieu de travail des ressources financières et humaines suffisantes pour permettre la réduction des périodes et des charges de travail. Il est essentiel que le déploiement de ressources financières et humaines soit appuyé par des investissements dans le perfectionnement d'infirmières gestionnaires qui stimuleront les changements nécessaires dans le milieu de travail pour équilibrer les charges de travail et diminuer les heures supplémentaires⁵⁰.

Un financement supplémentaire devrait être offert aux organisations de soins de santé pour les programmes qui comportent de l'éducation sur le bien-être, la technologie et l'espace physique⁵¹. Le stress et la fatigue liés aux soins infirmiers nécessitent l'établissement d'aires spécialement conçues pour les pauses de travail et qui, en favorisant le repos et la relaxation, sont bénéfiques aux infirmières et, par le fait même, aux patients⁴⁴. Malheureusement, dans de nombreux milieux de travail actuels, les salles du personnel, s'il en existe, sont multifonctionnelles (rapport de changement de quart, discussion sur la situation des clients et des familles, pauses-repas). Il ne s'agit donc pas d'endroits propices au repos et à la relaxation. Les stratégies visant à fournir un espace physique de repos doivent être couplées à des stratégies de réduction des heures de travail des infirmières et des autres professionnels de la santé afin d'appuyer la sécurité des soins.

La directive européenne sur le temps de travail, élaborée en 1993 et révisée en 2009, aborde les heures de travail dans les industries qui opèrent 24 heures sur 24. La directive définit le temps de travail comme suit : « Toute période durant laquelle le travailleur est au travail, à la disposition de l'employeur et dans l'exercice de son activité ou de ses fonctions, conformément aux législations et/ou pratiques nationales⁵² ». En octobre 2000, la Cour européenne a défini le temps de garde comme du travail et, en 2004, a établi les exigences suivantes en matière de repos et de pauses⁵² :

- Une période minimale de repos quotidien de 11 heures consécutives;
- Un temps de pause minimal de 20 minutes, si la période de travail dépasse 6 heures;
- Une période de repos hebdomadaire minimale de 24 heures sans interruption pour chaque tranche de sept jours;
- Un congé payé annuel d'au moins quatre semaines par an;
- Un maximum de 8 heures de travail par tranche de 24 heures pour les travailleurs de nuit dont le travail est stressant.

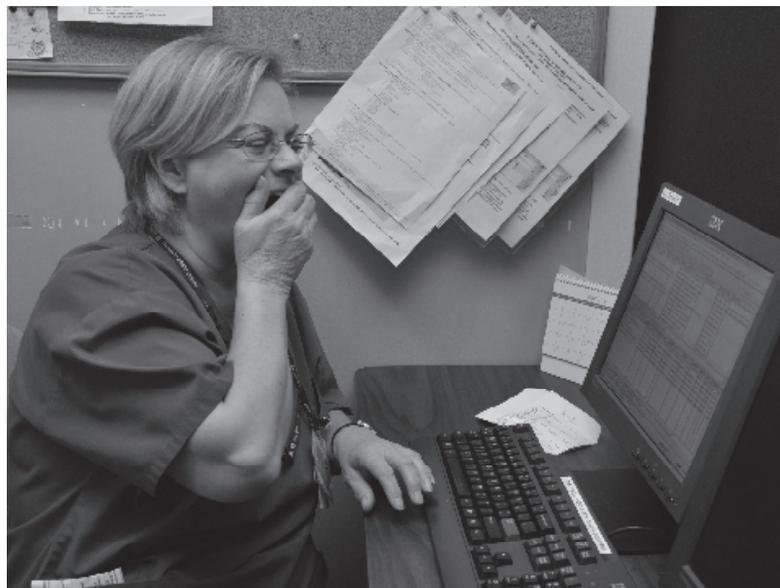
La Loi sur les normes d'emploi (LNE) de l'Ontario (2000) établit des normes minimales de repos auxquelles doivent se conformer les employés et les employeurs. L'ensemble des autres provinces canadiennes et la plupart des pays industrialisés ont adopté des législations semblables à celle-ci. La LNE restreint le nombre d'heures de travail à 48 par semaine à moins d'une entente écrite entre l'employeur et l'employé ou le syndicat, si l'organisation possède une convention collective. La loi contient également des directives sur les périodes de repos obligatoires et les heures supplémentaires⁵³.

Dans une étude portant sur la vie au travail des infirmières et leur santé, plus de 25 % des 2 273 infirmières autorisées ont rapporté travailler plus de 12 heures par jour, ce qui contrevient directement à la ligne directrice sur le nombre sain d'heures de travail élaborée par l'Institute of Medicine⁵⁴. Les heures de travail constituent un enjeu complexe, particulièrement dans le secteur de la santé et d'autres secteurs comme l'aviation. Les organisations doivent élaborer et mettre en œuvre des programmes et des stratégies qui atténuent la fatigue afin de protéger les infirmières et leurs patients/clients.

D'autres données indiquent que des conditions de travail difficiles et de longues heures de travail nuisent à la santé de l'effectif infirmier. En retour, cela nuit à la capacité de travailler des infirmières, contribue à la pénurie du personnel infirmier et, parfois, pousse les infirmières à prendre la décision de quitter le domaine. Il est indispensable que le nombre d'infirmières autorisées soit augmenté afin de contrer la pénurie actuelle et future d'infirmières, et de préserver la santé de l'effectif infirmier, dont l'âge moyen en 2008 était de 45,1 ans au Canada⁴⁵.

L'une des approches pour pallier la pénurie de personnel infirmier est d'élaborer des stratégies visant à accroître le nombre d'étudiantes qui s'enrôlent dans des programmes de formation en soins infirmiers. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada⁵⁵ estime à 12 000 par année le nombre d'étudiantes en soins infirmiers nouvellement diplômées qu'il serait nécessaire d'atteindre pour contrebalancer la croissance de la population et l'attrition. Cependant, pour être en mesure d'augmenter le nombre d'inscriptions à des programmes de soins infirmiers, il faut résoudre le problème de l'effectif limité du corps enseignant. D'après l'estimation de l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI), le besoin annuel en infirmières diplômées d'une maîtrise et d'un doctorat est de 3 673 et 650, respectivement⁵⁶. Cependant, en 2007, seulement 603 et 44 diplômes de maîtrise et de doctorat en soins infirmiers, respectivement, ont été décernés au Canada, soit 16,4 et 6,8 pour cent des totaux requis, respectivement⁵⁷. Un effort ciblé est nécessaire pour parvenir à former un effectif étudiant accru, d'autant plus que les membres du corps enseignant sont de plus en plus nombreux à approcher de la retraite. En 2005, 43 % du corps enseignant infirmier avait 50 ans ou plus⁵⁸. Les contraintes supplémentaires liées à la formation d'un nombre accru d'infirmières sont les suivantes : l'accès à des infrastructures physiques adéquates pour accueillir les étudiantes et enseignantes additionnelles, le financement de la formation en soins infirmiers et l'accès à une formation pratique, y compris aux stages cliniques et aux laboratoires de simulation clinique⁵⁸.

^aLes données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B et C.



2.0 Recommandations relatives à la recherche

Recommandation

- 2.1 Les chercheurs établissent des partenariats avec les gouvernements, les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les syndicats, les organisations des soins de santé et les établissements de formation pour mener des études sur la relation entre la fatigue, la charge de travail, les heures de travail et la quantité de sommeil nécessaire pour assurer la sécurité des soins prodigués aux patients.
- Les objectifs sont les suivants: (a) améliorer la compréhension de la relation entre la fatigue des infirmières et la sécurité des patients; (b) déterminer des mesures pour réduire la fatigue; et (c) atténuer l'incidence de la fatigue sur la sécurité des patients et des infirmières.
- Des chercheurs de diverses professions travaillent ensemble à l'atteinte des objectifs ci-dessus en étudiant les éléments suivants :
- Le nombre d'heures de travail, les quarts de travail de 12 heures, les schémas de garde et les intervalles entre les quarts de travail assurés par les infirmières à tous les niveaux (p.ex., infirmières soignantes, gestionnaires, infirmières praticiennes, les infirmières sages-femmes, etc., dans un large éventail de milieux de soins);
 - Les lacunes du système provincial dans la surveillance efficace des heures de travail des infirmières étant donné que de nombreuses infirmières occupent des postes dans plusieurs organisations des divers secteurs de la santé;
 - La prévalence et l'incidence de la fatigue en fonction du sexe, de la situation familiale, du mode de vie et de l'âge;
 - L'efficacité des programmes pour déterminer, évaluer et atténuer la fatigue dans les milieux de soins de santé;
 - La nature des facteurs d'atténuation agissant sur la fatigue en milieu de travail, y compris le travail à temps partiel et le cumul d'emplois par les infirmières.

Discussion sur les données probantes^b

De nouvelles données documentent les effets de la fatigue sur la qualité des soins et la sécurité des patients⁵⁹. Avoir la vie des patients entre leurs mains exige des professionnels de la santé qu'ils soient qualifiés, compétents et à l'affût de tout changements subtil de l'état des patients. Bien que la recherche ait montré un lien entre les longues heures de travail, la fatigue des infirmières et la sécurité des patients, de nombreuses lacunes persistent dans la documentation, particulièrement en ce qui a trait à la compréhension de la quantité de sommeil nécessaire pour assurer la sécurité des soins aux patients. La recherche sur les effets de la fatigue demeure insuffisante; en outre, on ne comprend pas bien ce problème sous son angle biomédical. Des recherches multidisciplinaires menées par des équipes comprenant des infirmières chercheuses et axées sur les causes cognitives et physiques de la fatigue contribueraient à comprendre et à atténuer la fatigue des infirmières⁶⁰.

Une étude de recherche interprofessionnelle à laquelle participeraient les gouvernements, les établissements d'enseignement et les organisations des soins de santé permettrait aux organisations des soins de santé d'acquiescer les connaissances nécessaires pour mieux orienter les décisions et les processus associés à la dotation, au recrutement et à la sécurité des patients¹. Un certain nombre d'études publiées portant sur les internes en médecine, les camionneurs, les pilotes et le personnel des compagnies aériennes ont recommandé des stratégies d'atténuation de la fatigue (p. ex., prévoir des siestes à l'horaire), lesquelles ont produit des résultats positifs en matière d'établissement d'horaires de travail et de pratiques de dotation sécuritaires⁶¹. Toutefois, on ne connaît pas bien l'efficacité des programmes recommandés pour atténuer la fatigue des infirmières. Parmi les questions de recherche qu'il reste à clarifier, on compte : Le sommeil nécessaire pour assurer la sécurité des soins aux patients peut-il être quantifié? Les méthodes utilisées pour gérer et atténuer la fatigue dans d'autres industries sont-elles efficaces dans les divers milieux de travail des infirmières?

Un certain nombre d'autres lacunes continuent d'exister : étant donné que les soins infirmiers sont un domaine à prévalence féminine, il est essentiel que des recherches soient menées pour mieux comprendre les effets des multiples rôles de dispensatrice de soins assumés par les infirmières sur la fatigue et le rendement professionnel⁴¹.

En outre, la documentation sur le lien entre une vie au travail équilibrée pour les infirmières gestionnaires et le personnel infirmier clinique est limitée. Une étude a porté sur le rôle fondamental que jouent les infirmières gestionnaires dans la création et le façonnement du milieu de travail du personnel infirmier⁶². Cependant, d'autres recherches portant sur la relation entre la fatigue et le style de leadership des infirmières gestionnaires sont nécessaires et contribueront à l'élaboration d'approches efficaces en matière de lutte contre la fatigue des infirmières. Des recherches doivent également être effectuées sur les effets de la fatigue sur les infirmières, la profession elle-même et la sécurité des patients¹.

^b Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B et C.

3.0 Recommandations relatives à l'agrément

Recommandation

3.1	Les organismes d'agrément élaborent et mettent en œuvre des normes sur le processus d'agrément qui prônent une culture axée sur la sécurité, y compris la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières, et intègrent les recommandations contenues dans cette ligne directrice.
-----	--

Discussion sur les données probantes^c

Agrément Canada encourage une sensibilisation accrue aux normes qui régissent le processus d'agrément. L'organisme sans but lucratif est un outil puissant de responsabilisation et permet aux organisations de soins de santé de recourir à l'agrément de façon efficace, comme un parcours menant à la qualité⁶³. Des organismes tels que l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières et l'Ontario Council on Community Health Accreditation doivent faire preuve de diligence dans la surveillance des charges de travail et de la fatigue des travailleurs en tant que mesure de la qualité. Par conséquent, il est important qu'ils évaluent les processus, structures et résultats des organisations afin de déterminer l'état de fatigue de leur effectif infirmier et sa capacité à prodiguer des soins sécuritaires de façon compétente.

Par le passé, les infirmières et les employeurs ont minimisé l'importance de la durée des quarts, de la complexité des soins, de la lourdeur des charges de travail et de la fatigue qui en résulte chez les infirmières. Avec l'augmentation du besoin de soins infirmiers découlant du vieillissement de la population et la diminution de l'effectif infirmier, l'importance de gérer la fatigue est devenue plus grande⁶⁴. Des recherches récentes ont montré que les horaires de travail des infirmières sont liés à la mortalité des patients et ont un effet indépendant sur les résultats des patients⁶⁵. Ainsi, les organismes d'accréditation doivent déterminer, en fonction du secteur et de l'acuité, quel schéma de dotation est optimal pour le patient/client. La ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains de l'AIIO intitulée Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail fournit des données visant à appuyer l'établissement de la charge de travail et la dotation⁶⁶.

^c Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1 et C.

4.0 Recommandations relatives à la formation

Recommandations

4.1	<p>Les programmes de formation en santé et sécurité au travail comprennent des séances de formation formelles et informelles qui traitent des sujets suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la reconnaissance et la prévention de la fatigue; b) les facteurs qui contribuent à la fatigue; c) l'incidence de la fatigue des infirmières sur la sécurité des patients, le bien-être des infirmières et le bien-être de l'organisation; d) l'hygiène du sommeil; e) l'utilisation de pratiques d'autoévaluation de la fatigue.
4.2	<p>Les établissements d'enseignement traitent de la fatigue des infirmières dans leur programme en :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) intégrant au programme un contenu sur la fatigue des infirmières à l'intention des étudiantes, des précepteurs, des professeurs et des autres éducateurs; b) établissant une méthode d'évaluation qui fournit une rétroaction sur le processus afin de déterminer si l'on observe une diminution de la fatigue des étudiantes en soins infirmiers et du corps professoral dans le milieu d'enseignement et le milieu de travail.
4.3	<p>Les organisations et les milieux d'enseignement :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) intègrent de l'information sur les stratégies de prévention et de reconnaissance de la fatigue des infirmières dans les programmes d'orientation destinés au personnel, aux étudiantes en soins infirmiers et aux précepteurs; b) améliorent les formations en leadership pour y intégrer les enjeux associés à la fatigue; c) soutiennent la recherche pour aider les organisations de soins de santé à mettre en œuvre et à évaluer des stratégies de lutte contre la fatigue des infirmières.

Discussion sur les données probantes^d

Les infirmières et les autres professionnels de la santé ne reconnaissent pas toujours leurs propres niveaux de fatigue ou le lien entre la fatigue, les erreurs et les préjudices qui en résultent pour eux-mêmes et pour leurs patients. La fatigue peut être portée à l'attention de ceux qui la vivent, mais on en fait souvent fi en la considérant comme étant la norme ou une vertu héroïque. Dans la culture des soins infirmiers, le « petit effort supplémentaire » est encouragé et les aveux de fatigue sont parfois considérés déraisonnables et signe d'un manque de coopération.

L'éducation est la clé d'un programme complet de gestion de la fatigue. Les infirmières doivent avant tout prendre conscience que la fatigue est un facteur qui contribue aux erreurs. Les mesures de lutte contre la fatigue peuvent être des outils de sensibilisation et de prévention efficaces⁶⁷⁻⁶⁹. Les programmes d'éducation sur la fatigue devraient comprendre de l'information scientifique sur le sommeil et des renseignements sur les risques associés à la fatigue, le rythme circadien, les facteurs d'atténuation qui favorisent les cycles d'éveil et de sommeil sain et les approches d'optimisation du rendement^{1,68,70}.

Des programmes d'éducation sur la fatigue dans les milieux de soins de santé et d'enseignement sont essentiels afin de réduire au minimum les risques liés à la fatigue et les blessures subies par les infirmières et les patients. Trinkoff et ses collaborateurs⁶⁵ ont mené une étude portant sur 633 infirmières en milieu hospitalier afin de déterminer si leurs quarts de travail de 12 heures entraînaient une augmentation de la mortalité des patients; leurs résultats ont indiqué une relation significative entre la mortalité des patients, les horaires de dotation et le nombre d'heures de travail. «Les longues heures de travail constituent l'une des menaces les plus graves à la sécurité des patients étant donné que la fatigue diminue le temps de réaction, réduit l'énergie, diminue l'attention aux détails et contribue d'une façon ou d'une autre aux erreurs »⁷¹.

Les programmes d'éducation ne doivent pas seulement déterminer les risques de fatigue, mais également ses causes et la façon de les contrer pour prévenir et atténuer la fatigue. Les infirmières et les étudiantes en soins infirmiers doivent être en mesure de reconnaître ces facteurs de risque et comprendre la façon de les prévenir et de les atténuer sur les plans personnel et professionnel.

Les facteurs professionnels contribuant à la fatigue comprennent les suivants :

- les heures de garde;
- les heures supplémentaires obligatoires;
- les semaines de travail de plus de 40 heures;
- les quarts de travail de plus de 12 heures;
- un repos inadéquat entre les quarts de travail;
- la rotation des quarts dans la semaine de travail;
- le fait de travailler malgré la maladie;
- un personnel infirmier et/ou auxiliaire insuffisant.

Les facteurs personnels contribuant à la fatigue comprennent les suivants⁵⁹ :

- occuper plus d'un emploi;
- effectuer volontairement des heures supplémentaires;
- les responsabilités domestiques et familiales;
- l'âge;
- la santé physique et mentale générale;
- le nombre d'heures de sommeil.

Rogers et ses collaborateurs⁵⁹ ont déterminé les conséquences de la fatigue sur la sécurité des patients dans une étude dans laquelle 393 infirmières ont rapporté effectuer des quarts de travail de plus de 12 heures; au cours de ces quarts, le taux d'erreurs triplait. Des 199 erreurs et 213 quasi-erreurs rapportées dans l'étude :

- 58 % des erreurs et 56 % des quasi-erreurs étaient liées à l'administration des médicaments.
- 18 % étaient des erreurs de procédures.
- 12% étaient des erreurs de consignation au dossier.
- 7% étaient des erreurs de transcription.
- Au total, 30 % des infirmières ont rapporté avoir fait au moins une erreur et 32 % des infirmières ont rapporté avoir fait au moins une quasi-erreur.

L'éducation sur la fatigue et son atténuation efficace doit être axée sur les infirmières en soins directs, les infirmières gestionnaires et les membres de l'équipe de haute direction qui sont responsables de la planification stratégique et de la prise de décision au quotidien. Cela permettrait ainsi d'accroître la sensibilisation aux symptômes de fatigue et appuierait l'élaboration de plans de gestion de la fatigue et de modèles de dotation qui atténuent la fatigue, et la mise à disposition de ressources humaines suffisantes pour assurer la sécurité des patients⁷⁰.

Les employeurs doivent fournir une éducation continue à l'ensemble du personnel afin d'assurer l'efficacité des programmes de gestion de la fatigue en milieu de travail, en mettant une emphase particulière sur les infirmières qui occupent un poste de cadres intermédiaires et d'infirmières responsables. Les gestionnaires et les responsables de la dotation et de l'établissement des horaires doivent être éduqués sur l'importance d'intégrer les initiatives de prévention de la fatigue aux opérations quotidiennes de l'organisation. De fait, les gestionnaires et les autres responsables ressentent également des niveaux non sécuritaires de fatigue, dont les effets (p. ex., irritabilité, problèmes de concentration, altération du jugement) peuvent nuire aux relations interpersonnelles et entraîner une tension et un stress supplémentaires⁷².

En 1999, la Federal Aviation Administration a rapporté que la fatigue n'est pas seulement « un état mental qui peut être réprimé ou surmonté par la motivation ou la discipline. La fatigue tient à des mécanismes physiologiques liés au sommeil, au manque de sommeil et au rythme circadien. » En effet, le rythme circadien des humains se caractérise par deux périodes de somnolence maximale : entre 3 h et 5 h, et entre 15 h et 17 h. Durant ces périodes, l'organisme ralentit ses activités et les travailleurs de quarts présentent souvent un besoin débilitant de dormir⁷³.

Dans l'industrie de l'aviation, l'équipage de bord est éduqué sur les dangers de la fatigue et du potentiel accru d'erreur qu'elle entraîne⁷⁴. On leur enseigne à gérer la fatigue en demandant à un membre de l'équipage de les surveiller; leur charge de travail peut également être réaffectée. L'industrie de l'aviation pourrait servir de modèle au domaine des soins de la santé en ce qui a trait à la création d'une culture où les infirmières se sentent à l'aise de communiquer leurs besoins relativement à une surveillance de la fatigue.

Les étudiantes doivent être éduquées sur les effets de la fatigue et sur les moyens de l'atténuer dans leur vie scolaire et en tant qu'infirmière nouvellement graduée. L'éducation doit comprendre des directives sur les mesures à prendre si les efforts d'atténuation s'avèrent inefficaces et sur les ressources qui s'offrent à elle. Des données empiriques montrent que les étudiantes rapportent un degré plus élevé de fatigue vers les débuts de leur expérience clinique, où elles doivent jongler avec des quarts de nuit, des devoirs, un travail à temps partiel et des cours. Les éducatrices doivent donner aux étudiantes des occasions d'apprendre à trouver un équilibre entre des priorités concurrentes. De plus, le cursus scolaire et les attentes académiques doivent permettre un temps de repos suffisant et imposer des charges de travail gérables aux étudiantes⁶⁸.

Des outils éducatifs efficaces sur la fatigue doivent porter notamment sur l'importance du sommeil, la préservation d'une bonne santé et les techniques d'atténuation à appliquer lorsque la fatigue atteint un seuil non sécuritaire⁵⁹. Les ressources éducatives devraient être transmises par divers moyens, y compris l'Internet, des brochures, des livrets, des affiches et d'autres moyens créatifs qui permettront un accès et une sensibilisation aux ressources ainsi qu'une assimilation de leur contenu⁶⁸.

Bien que l'éducation soit une composante majeure d'une approche à plusieurs volets visant la création d'une culture de la sécurité, elle ne permet pas à elle seule de répondre aux préoccupations des infirmières qui vivent de la fatigue. Il est donc essentiel que les responsables de l'organisation servent de modèles de référence en matière d'atténuation et de prévention de la fatigue.

^dLes données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1 et C.

5.0 Recommandations relatives aux organisations professionnelles, réglementaires et syndicales

Recommandations

5.1	Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats encouragent des pratiques qui favorisent la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières et des autres professionnels de la santé, contribuant ainsi à l'établissement de milieux de travail sains.
5.2	Les associations professionnelles et les syndicats travaillent ensemble pour plaider en faveur d'une culture de travail qui reconnaît l'incidence de la fatigue à la fois sur la sécurité des patients et la santé et le bien-être des infirmières.
5.3	Les organismes réglementaires en soins infirmiers élaborent des normes de pratique qui reconnaissent l'incidence de la fatigue sur la sécurité des patients et la santé et le bien-être des infirmières.
5.4	Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats encouragent la formation des infirmières en ce qui a trait à leur responsabilité professionnelle en matière de gestion de la fatigue personnelle et d'atténuation de l'incidence de la fatigue sur la prestation de soins sûrs et de qualité.
5.5	Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats plaident en faveur de milieux de travail sains disposant de modèles de dotation appropriés qui prévoient une dotation adéquate en personnel infirmier autorisé pour répondre à la charge de travail et aux enjeux liés aux heures supplémentaires, et des pratiques d'établissement des horaires qui réduisent au minimum la fatigue.
5.6	Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats appuient et encouragent un milieu de travail sain pour tous les professionnels de la santé.
5.7	Les organismes de réglementation établissent des normes de pratique et des lignes directrices à l'intention des infirmières et des employeurs afin d'assurer des milieux de pratique de qualité.
5.8	Les syndicats, les associations professionnelles et les organismes de réglementation en soins infirmiers encouragent les infirmières et les organisations à cerner, documenter et aborder ensemble les conditions de dotation non sécuritaires.

Discussion sur les données probantes^e

Les recommandations à l'intention des professionnels de la santé, des organisations et des organismes de réglementation sont fondées sur le fait que les organismes d'élaboration des politiques, les organismes d'établissement des normes et les organismes actifs sur le plan politique jouent un rôle essentiel dans la promotion de milieux de travail sécuritaires, de modèles de dotation appropriés et de pratiques d'établissement des horaires qui reconnaissent les effets de la fatigue sur les infirmières et les autres professionnels de la santé⁶⁶.

L'obtention de résultats optimaux pour les patients est le principal objectif des fournisseurs de soins de santé. Lorsque des problèmes comme la fatigue mettent en péril cet objectif, les associations professionnelles et les organismes réglementaires ont la possibilité de chercher ensemble une solution. Les associations professionnelles ont le devoir de s'assurer que les infirmières sont conscientes de leurs responsabilités éthiques de prodiguer des soins sécuritaires⁷⁵. Parmi les considérations éthiques en lien avec la fatigue, on compte notamment les décisions de prolonger les heures de travail et la reconnaissance d'un temps de récupération insuffisant entre les quarts.

Les associations professionnelles, les organismes de réglementation et les syndicats sont en mesure de promouvoir une culture de travail qui reconnaît les effets de la fatigue sur la sécurité des patients et la santé et le bien-être des infirmières. « La recherche a montré que les associations professionnelles et les syndicats peuvent encourager l'élaboration de systèmes de dotation, de politiques et de procédures qui prônent un milieu de travail sécuritaire et sain, notamment une composition des équipes et une conception des tâches appropriées relativement à l'acuité des besoins du patient, aux horaires flexibles et aux politiques qui favorisent la loyauté envers l'établissement et le maintien en poste du personnel¹. »

^eLes données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A1, B, C, D et D1.

Recommandations relatives à l'établissement

Les recommandations suivantes tiennent compte du cadre notionnel des milieux de travail sains et reflètent les éléments physiques, organisationnels, cognitifs, psychologiques, sociologiques, culturels et professionnels de la prévention et de l'atténuation de la fatigue en milieu de travail qui doivent être abordés à l'échelle du secteur externe ou du système pour assurer l'application des pratiques exemplaires. Les facteurs en lien avec les éléments du système externe comprennent :

Éléments matériels et organisationnels :

- caractéristiques physiques et environnement de l'organisation (p. ex., espaces de repos pour tous les membres du personnel);
- modes de fonctionnement et processus organisationnels créés pour répondre à la demande d'efforts physiques (p. ex., processus décisionnel lié aux heures supplémentaires et aux horaires);
- soutien du leadership;
- méthodes de dotation;
- politiques de santé et sécurité au travail.

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels :

- climat, culture et valeurs de l'organisation;
- normes culturelles, particulièrement celles qui encouragent le soutien, la confiance, le respect et la sécurité;
- pratiques de communication;
- relations de travail et gestion des relations;
- culture d'apprentissage continu et de soutien.

Éléments professionnels :

- caractéristiques liées à la nature et au rôle des soins infirmiers dans l'organisation, notamment les politiques organisationnelles qui ont une incidence sur le champ d'activité de la pratique et le degré d'autonomie et de maîtrise de cette pratique;
- relations intra et interprofessionnelles des infirmières au sein de l'organisation.



6.0 Recommandations relatives à l'établissement

Recommandations

6.1	<p>Les organisations et les établissements d'enseignement prônent une culture qui reconnaît que la fatigue des infirmières pose un risque pour la sécurité des patients et des infirmières et que ce risque doit être atténué par des programmes complets de prévention et de gestion de la fatigue qui comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la formation du personnel et des gestionnaires sur la gestion de la fatigue; b) l'élaboration de mécanismes permettant de documenter la fatigue et d'analyser ses relations avec les heures supplémentaires, les erreurs de médication et les résultats pour les patients et le personnel; c) le déploiement de stratégies d'évaluation de la fatigue par l'entremise de programmes d'orientation et d'autres occasions de perfectionnement professionnel; d) des services de soutien, tels que des initiatives favorisant le bien-être et des programmes d'aide aux employés, pour aider à lutter contre les causes de la fatigue.
6.2	<p>Les organisations planifient, mettent en œuvre et évaluent des pratiques de dotation et d'établissement de la charge de travail qui garantissent que des effectifs suffisants sont déployés pour réduire la charge de travail et ainsi atténuer la fatigue des infirmières et assurer la sécurité des infirmières et des patients.</p>
6.3	<p>Les organisations mettent en œuvre une politique sûre en matière d'établissement des horaires qui limite à 12 le nombre d'heures de travail sur une période de 24 heures, et à 50 le nombre d'heures de travail par semaine de travail de 7 jours.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) En cas de travail de nuit, les horaires de travail ne devraient pas comprendre plus de trois quarts de nuit de 12 heures consécutives et devraient prévoir un intervalle de récupération plus long entre les séries de quarts de travail.
6.4	<p>Les organisations élaborent et mettent en œuvre une politique (en consultation avec les conseils des unités de soins infirmiers, le service de santé/bien-être au travail, les comités d'établissement des horaires, les syndicats et les organismes réglementaires) qui fixe des limites en ce qui traitait au nombre d'heures supplémentaires que peuvent faire les infirmières.</p>
6.5	<p>Les organisations élaborent une politique qui prône les périodes de repos et de sommeil pendant les pauses. Les organisations créent en outre un lieu sûr et sécuritaire où les infirmières peuvent bénéficier de périodes ininterrompues de repos et de sommeil (hormis en cas d'urgence). Les infirmières conservent la responsabilité professionnelle de répondre aux urgences.</p>

Discussion sur les données probantes^f

La fatigue des infirmières pose un risque pour la sécurité des infirmières et des patients. Les organisations peuvent jouer un rôle considérable dans la prévention et l'atténuation de ce risque. Les organisations de soins de santé doivent élaborer une culture de la sécurité qui renforce l'établissement d'infrastructures et de processus de travail appuyant l'utilisation de mesures de prévention de la fatigue dans le milieu de la santé⁷⁶. Des recherches ont montré que la fatigue du personnel infirmier a des conséquences négatives sur le rendement en matière de procédures, la documentation et la transcription et qu'elle entraîne un taux accru d'erreurs de médication⁵⁹. De plus, Dorrian et ses collaborateurs ont étudié une cohorte d'infirmières australiennes en milieu hospitalier et ont rapporté que la réduction du temps de sommeil augmentait la probabilité d'erreur, diminuait la probabilité que les erreurs des collègues soient repérées et entraînait de la somnolence au volant⁵¹.

De plus, les organisations de soins de santé doivent établir une politique et un programme complets de gestion de la fatigue qui intégreront les composantes suivantes^{1,77} :

Politique de gestion de la fatigue	Programme de gestion de la fatigue
■ Pratiques d'établissement des horaires	■ Éducation du personnel et de la direction sur la fatigue
■ Heures maximales de travail par jour, par semaine et sur appel	■ Vérifications des signalements de fatigue et liens avec les heures supplémentaires
■ Appui de l'infrastructure pour de l'espace réservé au temps de repos ou de sommeil	■ Vérifications des heures supplémentaires et sur appel
■ Processus de documentation et de signalement de la fatigue	■ Données relatives à la fatigue et aux erreurs
	■ Données liées au roulement du personnel pour cause de fatigue
	■ Initiatives de promotion de la santé liées à l'hygiène du sommeil

Des stratégies sont nécessaires pour créer des milieux et des cultures de pratique qui reconnaissent que les dangers et les effets nocifs de la fatigue posent un risque inacceptable pour la sécurité des patients⁴³. La clé de l'édification d'une culture éduquée et outillée en matière d'atténuation de la fatigue se trouve auprès des décideurs, des associations de professionnels et des personnes qui vivent la fatigue⁶⁸. En plus de créer une culture de soutien, il est essentiel que des ressources financières appropriées soient allouées aux organisations pour leur permettre d'embaucher un nombre suffisant d'infirmières et d'ainsi atténuer la fatigue et prodiguer des soins sécuritaires⁶⁸.

Les organisations doivent appuyer des interventions efficaces pour promouvoir la sécurité des patients, y compris des politiques sur l'atténuation et la prévention de la fatigue, et pour accroître le transfert et l'application de connaissances liées à la sécurité des patients et au bien-être des infirmières¹. Lorsque des politiques et des programmes sur la fatigue sont en place, y compris le signalement obligatoire des incidents et de l'absentéisme lié à la fatigue, on observe alors une sensibilisation accrue à la fois aux dangers de la fatigue et aux ressources qui existent pour la prévenir et l'atténuer⁷⁸. Les organisations doivent considérer ces éléments comme une priorité stratégique pour changer les pratiques actuelles et permettre aux infirmières de citer le nombre d'heures de travail et la fatigue associée comme facteur d'incapacité à travailler⁶⁸.

Grogan et ses collaborateurs⁶⁹ ont discuté du besoin que les infirmières soient conscientes de leur propre fatigue et l'évaluent afin de déterminer leur aptitude au travail. Les infirmières doivent avoir à leur disposition des outils d'autoévaluation afin de déterminer leur niveau de fatigue avant d'accepter des heures supplémentaires ou lorsqu'elles se sentent fatiguées. Un niveau d'effectifs approprié peut aider à atténuer et à gérer la fatigue des infirmières. Les organisations peuvent avoir une incidence positive sur la fatigue des infirmières en s'efforçant d'adopter des pratiques sécuritaires de dotation et d'établissement des horaires. Dans une étude menée par Duxbury et ses collaborateurs⁷⁹, le manque de personnel et la complexité croissante du travail ont été identifiés comme des facteurs de surcharge de travail. La surcharge de travail a également été identifiée comme étant un facteur contribuant à la fatigue⁷⁹. Un autre facteur contribuant à la fatigue des infirmières est le fait de travailler plus de 12 heures consécutives⁵⁹. De plus, travailler plus de 12 heures sur une période de 24 heures et plus de 60 heures sur une période de sept jours augmente les risques d'erreur^{42,68}. Le risque d'erreur augmente avec le nombre d'heures de travail et triple lorsque les infirmières effectuent des quarts de 12,5 heures ou plus⁵⁹. Par conséquent, les organisations doivent cibler les politiques et les pratiques qui, dans leur milieu, contribuent à la fatigue et aux situations non sécuritaires⁶⁸. Les pratiques comme les heures supplémentaires obligatoires (hormis en cas de situations d'urgence) devraient ainsi être révisées. Bien que les infirmières se disent moins fatiguées lorsqu'elles effectuent des heures supplémentaires volontaires que lorsque ces heures leur sont imposées, la documentation actuelle indique qu'il y a peu de différence dans l'incidence d'erreurs ou d'accidents évités de justesse. Les travaux d'Olds et Clark⁸⁰ suggèrent que le nombre d'heures de travail et les heures supplémentaires volontaires sont les facteurs les plus étroitement corrélés aux erreurs de médication et aux blessures par piqûre d'aiguille. Cette étude confirme les données antérieures selon lesquelles l'augmentation des heures de travail, que ce soit volontairement ou de façon imposée, accroît le risque d'événements indésirables et d'erreurs⁸⁰.

Des données provenant de deux échantillons aléatoirement sélectionnés d'infirmières travaillant à temps plein en milieu hospitalier aux États-Unis ont révélé qu'environ 75 % des infirmières en milieu hospitalier effectuent maintenant des quarts de 12 heures⁵⁹. Même si ces infirmières avaient été embauchées pour occuper des postes sur des quarts de 12 heures, près de la moitié (41 %) des quarts de travail étaient programmés pour durer plus de 12 heures, et 4 650 quarts (44 %) dépassaient 12 heures consécutives. Près du quart des répondantes (23 %) ont rapporté avoir travaillé 16 heures consécutives ou plus au moins une fois pendant la période d'étude de quatre semaines, ce qui porte à croire que la prolongation des quarts ne se limite pas à de rares situations d'urgence. Un élément préoccupant est le nombre de quarts programmés pour durer 20 heures consécutives ou plus (n = 78), et le nombre réel de quarts qui dépassaient 20 heures consécutives (n = 118). Le quart de travail le plus long était de 23 heures et 57 minutes⁵⁹.

Dans le premier échantillon, les erreurs étaient trois fois plus susceptibles de se produire lorsque les infirmières soignantes effectuaient des quarts de 12 heures ou plus comparativement aux quarts de 8 heures (rapport de cotes = 3,13, p = 0,001), et deux fois plus susceptibles de se produire lorsque les infirmières effectuaient des heures supplémentaires (rapport de cotes = 2,07, p = 0,004). Ces résultats étaient corroborés par un deuxième échantillon d'infirmières en soins intensifs, dont près des deux tiers ont rapporté avoir lutté pour demeurer éveillées au travail au moins une fois malgré les interactions fréquentes avec les autres professionnels de la santé et le fort degré d'activité qui caractérise généralement les unités des soins intensifs. Dans les deux échantillons, les infirmières qui ont rapporté de la somnolence ou un endormissement au travail avaient obtenu significativement moins de sommeil que les infirmières qui étaient capables de demeurer vigilantes dans leurs soins aux patients. Elles faisaient également significativement plus d'erreurs que les infirmières en mesure de demeurer vigilantes pendant tout leur quart de travail, avec une augmentation du risque d'erreur de 7 % à 9 % pour chaque heure de sommeil perdue⁴⁶. Tel que mentionné précédemment, la fatigue est de causes diverses (p. ex., maladie, effort physique vigoureux ou période de concentration prolongée). Il est donc important que les effets de la fatigue découlant de la prolongation des quarts de travail et la relation entre les horaires de travail et la sécurité des infirmières et des patients soient gérés de façon cohérente par l'entremise de politiques organisationnelles, de pratiques connexes et d'un leadership approprié.

Une politique efficace d'établissement des horaires devrait respecter des principes en matière de travail par quarts qui prônent la santé et un meilleur équilibre entre la vie et le travail⁶⁸. Les organisations de soins de santé devraient mettre en œuvre des politiques et des pratiques sur l'établissement des horaires, notamment la prévision de périodes de congé appropriées, la réduction ou l'élimination des heures supplémentaires et l'établissement des horaires en fonction des principes liés au rythme circadien⁶⁸.

Les politiques professionnelles et les initiatives de promotion de la santé (p. ex., des conseils sur l'hygiène du sommeil) aideront à perfectionner et promouvoir les aptitudes en matière d'atténuation de la fatigue. Les organisations qui offrent leur appui sous la forme de temps et d'espace réservés aux périodes de repos ou de sieste des employés en état de fatigue témoignent de leur reconnaissance du besoin de repos des professionnels de la santé et de leur engagement envers la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières.

Des chercheurs de la Flinders University, à Adelaide (Australie), ont rapporté des résultats encourageants sur le recours aux siestes comme mesure de gestion de la fatigue : les sujets ayant fait une sieste de 10 minutes ont montré une augmentation immédiate et significative de leur vigilance et de leurs performances intellectuelles qui a duré pendant au moins une heure après la sieste. En revanche, les siestes de 30 minutes n'ont pas produit ces effets bénéfiques immédiats; une augmentation de la vigilance a toutefois été notée environ 30 minutes après la sieste d'une demi-heure⁸¹.

Bien que les siestes stratégiques ou planifiées se soient montrées bénéfiques pour gérer la fatigue, les infirmières trouvent souvent difficile de faire des siestes planifiées sur une base régulière. Cela peut expliquer la diminution du recours aux siestes stratégiques. Des recherches confirment l'importance de porter une attention particulière aux cultures de travail qui interdisent le recours aux siestes planifiées et réclament un changement de paradigme chez les infirmières et les administrateurs pour que ces mesures de prévention de la fatigue soient implantées avec succès dans le milieu des soins de santé⁷⁶.

Les recherches les plus récentes sur la fatigue des infirmières proposent les mesures de prévention de la fatigue suivantes : (a) effectif suffisant pour permettre aux infirmières de prendre des pauses; (b) pauses et périodes de repas complètement libres; (c) recours aux siestes stratégiques pendant les pauses et les périodes de repas; (d) mise à la disposition des infirmières d'un matériel de couchage et d'un soutien administratif (p. ex., un fauteuil inclinable et un réveil); (e) abolition des politiques organisationnelles qui entraînent le congédiement des employés ayant dormi pendant l'exercice de leurs fonctions⁷⁶. Dormir suffisamment avant le début d'un quart de travail et utiliser la caféine de façon judicieuse ont également

été identifiés comme mesures de prévention de la fatigue. Les organisations doivent établir des lignes directrices et des formations appuyant le recours aux mesures de prévention de la fatigue et fournir, s'il y a lieu, un soutien personnalisé aux infirmières pour les aider à gérer les facteurs qui contribuent à la fatigue⁶⁸.

Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A, A1, B et C.

7.0 RECOMMANDATIONS INDIVIDUELLES ET D'ÉQUIPE	
Recommandations	
7.1	<p>Tous les employés, les médecins, les bénévoles et les étudiants doivent :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ réaliser une autoévaluation avant de commencer leurs quarts de travail et pendant les quarts de travail pour s'assurer qu'ils sont en état de travailler et de prodiguer des soins en toute sécurité; ■ s'assurer qu'ils disposent d'un temps de récupération suffisant avant le début du prochain quart de travail; ■ prendre des pauses auxquelles ils ont droit et inciter leurs collègues à faire de même; ■ limiter leur nombre d'heures supplémentaires.
7.2	<p>Tous les employés, les médecins, les bénévoles et les étudiants sont responsables de reconnaître et de signaler les conditions de travail non sécuritaires (p.ex., la fatigue) conformément aux normes de pratiques professionnelles et à la politique de l'établissement, et ce, sans craindre les représailles.</p>
7.3	<p>Tous les employés, les médecins, les bénévoles et les étudiants doivent assumer la responsabilité de préserver de façon optimale leur santé et leur bien-être, notamment par les mesures suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ en faisant de l'exercice physique à l'extérieur du travail; ■ en adoptant un régime alimentaire approprié; ■ en veillant à se reposer et à dormir suffisamment entre leurs quarts de travail; ■ en communiquant leurs préférences en matière de quarts de travail s'ils savent que certains modèles d'horaire en particulier ont une incidence sur leur vie personnelle; ■ en établissant leur propre horaire de façon responsable, dans les cas où le milieu permet une telle pratique.

Discussion sur les données probantes⁹

Les industries de l'énergie nucléaire et de l'aviation ont reconnu les conséquences considérables de la fatigue des travailleurs sur la sécurité des opérations⁸² et ont élaboré des mesures de protection pour atténuer les dangers pouvant résulter de la fatigue des opérateurs⁸². Cependant, la fatigue des infirmières est souvent conceptualisée en termes d'établissement inefficace des horaires, d'heures supplémentaires volontaires ou obligatoires, de préférences personnelles à l'égard des quarts et de rotation des quarts⁸³. Les infirmières, par conséquent, peuvent jouer un rôle crucial dans l'atténuation de la fatigue en prenant en considération les conséquences que peuvent avoir le cumul d'emplois sur leurs niveaux de fatigue et en faisant preuve d'une vigilance constante et de cohérence à l'égard de leur aptitude au travail⁶⁸.

En plus de reconnaître et de surveiller leur propre fatigue, les infirmières doivent être préparées à approcher des collègues dont la fatigue rend leur pratique non sécuritaire. Les signes de fatigue comprennent les changements d'humeur et la lenteur des réponses et des réflexes⁷⁶. Il a été proposé que la lenteur des réflexes expliquait l'incidence accrue d'accidents de véhicule impliquant des travailleurs de la santé sur leur chemin du retour vers leur domicile^{68,84}. En effet, il a été documenté que les personnes fatiguées avaient 2,5 fois plus d'accidents liés à la fatigue que celles que l'on considère comme ayant eu suffisamment de sommeil⁸⁵.

Les problèmes de sommeil semblent augmenter avec le vieillissement; ces problèmes peuvent avoir des conséquences considérables sur la santé des infirmières, dont l'âge moyen augmente et qui doivent déjà composer avec un travail stressant. Il a été démontré que la fatigue et le stress au travail entraînaient des comportements malsains, notamment le recours à

des sédatifs et à l'alcool⁷⁷. Fondamentalement, lorsque les infirmières sont fatiguées, elles sont moins en mesure d'offrir la qualité de soins à laquelle leurs patients s'attendent et qu'elles-mêmes espèrent fournir^{68,86,87}.

Les infirmières devraient auto-évaluer régulièrement afin de vérifier leur bien-être personnel et leur aptitude à fonctionner de façon optimale⁷⁷. Il incombe à chaque infirmière de s'évaluer et de signaler toute incapacité à pratiquer à leurs superviseurs. Les infirmières ont la responsabilité professionnelle et éthique de signaler et de résoudre les problèmes liés à la fatigue et à la sécurité des patients^{75,88}. Il existe plusieurs outils validés d'autoévaluation, notamment la Occupational Fatigue and Exhaustion Recovery Scale et le Pittsburgh Sleep Quality Index (Annexe D).

« La santé et le bien-être du personnel soignant et la qualité du milieu de travail ont tous deux un profond impact sur l'efficacité et l'efficacité de la prestation des services de santé⁷⁷ ». Des recherches récentes ont montré un lien entre les longues heures de travail et le risque accru de diabète, de maladies cardiaques, de sommeil de mauvaise qualité et de blessures⁸⁹.

Ainsi, il est important que les infirmières améliorent et maintiennent leur bien-être personnel en adoptant les comportements favorables à la santé suivants⁷⁷ :

- évaluer leur niveau de fatigue et se présenter au travail uniquement si elles sont en mesure de travailler;
- plaider en faveur de services de garde sur place;
- participer à des programmes de santé et de bien-être;
- prendre en considération les préférences personnelles relatives aux quarts (p.ex., établissement responsable de son propre horaire, lorsque cette possibilité est offerte);
- prendre des pauses et des vacances;
- accéder aux ressources fournies par les employeurs, p. ex., les programmes de soutien aux employés pour aider à lutter contre le stress au travail et à la maison;
- dormir suffisamment et comprendre les conséquences d'un manque de sommeil et de la perturbation du rythme circadien;
- participer à des programmes d'exercice et de conditionnement physique⁹⁰;
- s'assurer de disposer d'un temps de repos et de récupération suffisant entre les quarts de travail.

Le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail recommande les stratégies d'adaptations suivantes pour les travailleurs de quarts qui sont touchés par la fatigue⁹¹ :

- prendre les repas à des heures régulières;
- établir un horaire qui est approprié pour le quart effectué : il est ainsi possible de mieux contrôler son horloge interne;
- maintenir un régime alimentaire équilibré et nutritif;
- éviter les repas riches en protéines ou en lipides avant d'aller au lit;
- limiter l'apport de stimulants comme la caféine et le sucre;
- organiser au moins un repas ou une activité par jour en présence d'un membre de la famille ou d'amis afin d'éviter l'isolement social;
- maintenir le même horaire de sommeil, de tâches et de loisirs lors des congés, sans égard au quart effectué;
- dormir dans l'obscurité complète;
- pratiquer des techniques de relaxation pour diminuer le stress.

L'atténuation des seuils non sécuritaires de fatigue des infirmières nécessite une approche en collaboration. Chaque infirmière peut contribuer à une culture de la sécurité en assumant ses responsabilités en matière d'habitudes personnelles de travail et de sommeil, en tirant parti des occasions de formation, en participant aux activités de sensibilisation des infirmières sur les dangers de la fatigue et en consultant les ressources offertes pour atténuer la fatigue.

⁹¹Les données probantes appuyant cette recommandation font partie des catégories A, B et D.

Évaluation et surveillance de la ligne directrice

On encourage les organisations qui mettent en œuvre les recommandations de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains (Prévention et atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé) à se pencher sur la façon dont la mise en œuvre et ses conséquences seront surveillées et évaluées. Le tableau suivant, fondé sur le Modèle conceptuel des milieux de travail sains, illustre certains exemples d'indicateurs utilisés pour la surveillance et l'évaluation.

Niveau de l'indicateur	Mode d'organisation	Processus	Résultats	Mesure
Objectif	Évaluer les mesures qui favorisent un milieu qui est propice à la prévention de la fatigue des infirmières.	Évaluer les processus de prévention et de gestion de la fatigue des infirmières.	Évaluer l'incidence de la mise en œuvre des recommandations de la ligne directrice, à tous les niveaux.	Mesurer les indicateurs de surveillance des modes d'organisation, des processus et des résultats.
Organisation/unité	<p>Les organisations ont intégré des recommandations pertinentes à cette ligne directrice en collaboration et en consultation avec les associations professionnelles concernées, les organismes réglementaires, les syndicats et le milieu d'enseignement.</p> <p>Des modes de fonctionnement respectant les recommandations relatives à un soutien organisationnel qui atténue la fatigue s'observent par:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ des directives et pratiques relatives à l'établissement des horaires; ■ des politiques relatives au nombre d'heures de travail et au nombre d'heures supplémentaires effectuées; ■ des pratiques de signalement des problèmes liés à la fatigue qui sont non punitives. 	<p>Des processus de communication ont été établis pour permettre le partage des pratiques d'établissement des horaires, notamment des lignes directrices sur les pratiques liées aux heures supplémentaires.</p> <p>De la formation a été fournie aux infirmières et aux gestionnaires en ce qui concerne les conséquences de la fatigue et ses résultats négatifs potentiels.</p> <p>Élaboration de politiques d'établissement des horaires qui tiennent compte des facteurs liés à la fatigue et de la sécurité des infirmières et des patients.</p> <p>Le personnel et les gestionnaires ont reçu une formation sur les changements apportés à la politique et à la pratique en vue d'appuyer des pratiques d'établissement des horaires qui diminuent la fatigue au travail.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diminution de l'absentéisme ■ Diminution des congés de maladie ■ Amélioration du maintien en poste du personnel ■ Amélioration de la sécurité ■ Augmentation de la satisfaction des patients et des infirmières. 	<p>Mesure relative aux statistiques des ressources humaines en santé sur les congés de maladie, le roulement du personnel et les rapports d'absence liés à la fatigue et à la sécurité des patients (charte de l'initiative Qualité de vie au travail - Collaboration en matière de soins de santé de qualité [QVT-CMSSQ])</p> <p>Vérifications de la sécurité</p>

Niveau de l'indicateur	Mode d'organisation	Processus	Résultats	Mesure
Individuel	<p>Infirmière/équipe : Élaboration de programmes de formation à l'intention des équipes de soins infirmiers en lien avec les politiques d'établissement des horaires et leur relation avec la fatigue.</p> <p>Soutien des infirmières, peu importe leur rôle, afin de leur permettre l'acquisition de connaissances sur l'évaluation, la gestion et l'atténuation de la fatigue.</p>	<p>Établissement d'un mécanisme de communication en matière de formation.</p> <p>Élaboration d'un programme des séances de formation.</p> <p>Participation à l'autoévaluation au moyen d'outils d'évaluation de la fatigue adaptés pour l'organisation.</p> <p>Description des stratégies personnelles visant à évaluer et réduire la fatigue par l'entremise de l'initiative annuelle de pratique réflexive de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario ou d'un autre organisme réglementaire compétent.</p> <p>Conception de plans d'équilibre travail-vie*.</p>	<p>Réduction de la fatigue et des effets qui y sont liés.</p> <p>Amélioration de la satisfaction professionnelle, des relations entre les collègues et de l'esprit d'équipe.</p> <p>Résultats positifs du sondage auprès des employés.</p> <p>Réalisation de sondages sur la satisfaction du personnel et d'entrevues de fin d'emploi, s'il y a lieu.</p>	<p>Documentations sur la participation aux séances de formation.</p> <p>Mesures des conséquences des séances de formation.</p> <p>Fonds attribués à l'éducation continue.</p> <p>Surveillance et consignation du nombre d'employés qui ont assisté aux séances de formation.</p>
Patient/client:	<p>Ressources et soutien appropriés en matière d'établissement des horaires et effectifs suffisants pour assurer la prestation de soins sécuritaires.</p>	<p>Surveillance continue des résultats liés à la sécurité des patients, tels que les erreurs de médication et les incidents touchant les patients, et analyse de l'incidence de la fatigue en tant que facteur associé.</p> <p>Mécanismes permettant d'avoir accès à l'information/ la rétroaction des patients, comme un sondage sur la satisfaction des patients.</p>	<p>Augmentation de la satisfaction des patients.</p> <p>Amélioration de la sécurité des patients.</p> <p>Diminution des erreurs auprès des patients, y compris des erreurs de médication et des incidents touchant les patients.</p> <p>*Tributaire de la mise en œuvre des recommandations par l'organisation.</p>	<p>Mesures sur la sécurité des patients.</p> <p>Sondages sur la satisfaction des patients.</p>

*Tributaire de la mise en œuvre des recommandations par l'organisation.

Processus de révision et de mise à jour des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

L'AIIAO propose de mettre à jour les Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains de la façon suivante :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains sera révisée par une équipe de spécialistes du domaine (équipe de révision). Le processus sera réalisé tous les cinq ans suivant la dernière série de révisions.
2. Pendant la période entre l'élaboration et la révision, le personnel affecté au programme de l'AIIAO sur les milieux de travail sains surveillera régulièrement les nouvelles revues systématiques et les études dans le domaine.
3. Selon les résultats de la surveillance, le personnel affecté au projet peut recommander de devancer le plan de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du groupe original et d'autres spécialistes du domaine aidera dans la décision d'examiner et de réviser la ligne directrice avant l'échéance de cinq ans.
4. Six mois avant l'échéance de révision de cinq ans, le personnel affecté au projet commencera à planifier le processus de révision en :
 - a) invitant des spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision. L'équipe de révision sera formée de membres du groupe initial, ainsi que d'autres spécialistes recommandés.
 - b) compilant les commentaires et les questions reçus pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et constatations provenant des représentants des sites de mise en œuvre.
 - c) compilant la documentation pertinente.
 - d) établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.
5. La version révisée de la ligne directrice sera transmise selon les structures et les processus établis.



RÉFÉRENCES (EN ORDRE DE NUMÉRO)

1. Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010). *Nurse fatigue and patient safety: Research report*. Ottawa, (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
2. Moynihan, R. (2004). *Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis*. New York (New York) : Millbank Memorial Fund. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/040330Moynihan.html>.
3. Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D. et Long, L. (2004). *A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining leadership that fosters a healthy work environment in health care*. Health Care Reports. Adelaide (Australie) : The Joanna Briggs Institute.
4. Cochrane Collaboration. *Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions*. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#2>
5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Sign 50: A Guideline developers' handbook*. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.
6. Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (2002). *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, Comité consultatif des ressources humaines en santé.
7. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
8. Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (2000). *Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres*. Communiqué. Réunion des premiers ministres. Ottawa (Ontario) : 11 septembre 2000.
9. Santé Canada. (2003). *Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Consulté le 5 mai 2005 à l'adresse http://www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/health_accord.pdf.
10. *First Ministers' meeting on the future of health care* (2004). Consulté le 5 juin 2005 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>.
11. Council of Ontario University Programs in Nursing. (2002). *Position statement on nursing clinical education*. Toronto (Ontario) : Council of Ontario University Programs in Nursing.
12. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Planifier pour demain : Prévisions de ressources humaines en soins infirmiers*. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
13. Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S. et coll. (2001). *Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa (Ontario) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.
14. Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto (Ontario) : Association of Colleges of Applied Arts and Technology.
15. Nursing Task Force. (1999). *Good nursing, good health: An investment for the 21st century*. Toronto (Ontario) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
16. Shindul-Rothschild, J. (1994). *Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing*. *Journal of Emergency Nursing*, 20, 497–504.
17. Grinspun, D. (2000). *Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management*. Dans D. L. Gustafson (éd.), *Care and consequences*. Halifax (Nouvelle-Écosse) : Fernwood Publishing.
18. Grinspun, D. (2000). *The social construction of nursing caring*. Proposition de thèse de doctorat. Toronto (Ontario) : Université York.
19. Dunleavy, J., Shamian, J. et Thomson, D. (2003). *Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks*. *Canadian Nurse*, 99, 23–26.
20. Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M. et Widmeyer, G. (1996). *Stressful nurses: The effect on patient outcomes*. *Journal of Nursing Care Quality*, 10, 46–58.

21. Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J. et Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30, 93–106.
22. Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K. et Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54, 74–84.
23. 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, 1715–1722.
24. Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R. et coll. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42, 4–12.
25. Blegen, M. et Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$*, 16, 196–203.
26. Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. et Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23, 478–85.
27. Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J. et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33, 71–88.
28. Needleman, J. et Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 275–277.
29. American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington : American Nurses Publishing.
30. Kovner, C. et Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 30, 315–321.
31. Sovie, M. et Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31, 588–600.
32. Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11, 149–158.
33. Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V. et Smith, D. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52, 71–79.
34. Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15, 296–320.
35. United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). *The effect of health care working conditions on patient safety. Evidence report/Technology assessment number 74*. Rockville (Maryland) : United States Agency for Healthcare Research and Quality.
36. Lowe, G. (2004). *Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces*. Présentation donnée lors de la 4^e conférence internationale de l'AlIAO : *Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge*; 17 novembre 2004, Markham (Ontario).
37. DeJoy, D. M. et Southern, D. J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Occupational Medicine*, 35, 1221–1230.
38. O'Brien-Pallas, L. et Baumann, A. (1992). Quality of nursing work life issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5, 12–16.
39. Hancock, T. (2000). Healthy communities vs. "health." *Canadian Health Care Manager*, 100, 21–23.
40. Green, L. W., Richard, L. et Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 270–281.
41. Scott, L. D., Hwang, W. T. et Rogers, A. E. (2006). The impact of multiple care giving roles on fatigue, stress, and work performance among hospital staff nurses. *Journal of Nursing Administration*, 36, 86–95.
42. Institute of Medicine (2004). *It's the nurses: A new IOM report calls for substantial changes in nurses' work environment to protect patients*. *Excellence in Clinical Practice*, 5, 5.
43. Kenyon, T. A., Gluesing, R. E., White, K. Y., Dunkel, W. L. et Burlingame, B. L. (2007). On call: Alert or unsafe? A report of the AORN on-call electronic task force. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 86, 630–639.

44. Rogers, A. E., Hwang, W. et Scott, L. (2004). The effects of work breaks on staff nurse performance. *Journal of Nursing Administration*, 34, 512–519.
45. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Tested solutions for eliminating Canada's registered nurse shortage*. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
46. Scott, L. D., Rogers, A. E., Hwang W. T. et Zhang, Y. (2006). The effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patient safety. *American Journal of Critical Care*, 15, 30–37.
47. Tabone, S. (2004). Data suggest nurse fatigue threatens patient safety. *Texas Nursing*, 78, 4–7.
48. Edell-Gustafsson, U. M., Kritz, E. I. et Bogren, I. K. (2002). Self-reported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 179–187.
49. Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E. et Uchiyama, M. (2005). Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 445–453.
50. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006). *Développement et maintien du leadership infirmier : lignes directrices sur les pratiques exemplaires*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
51. Dorrian, J., Lamond, N., van den Heuvel, C., Pincombe, J., Rogers, A. E. et Dawson, D. (2006). A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours. *Chronobiology International*, 23, 1149–1163.
52. Baeten, B. et Jorens, Y. (2004). The impact of EU law and policy. Dans C. A. Dubois, M. McKee et E. Nolte (éd.), *Human resources for health in Europe* (p. 214–234). Berkshire (Royaume-Uni) : Open University Press.
53. Ministère du Travail de l'Ontario. *Loi sur les normes d'emploi, 2000*. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_00e41_e.htm.
54. Trinkoff, A., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J. et Muntaner, C. (2006). How long and how much are nurses now working? *American Journal of Nursing*, 106, 60–71.
55. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *National planning for human resources in the health sector*. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.cna-aiic.ca/cna/documents/pdf/publications/ps81_national_planning_e.pdf.
56. Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Registered nursing education in Canada: 2004 snapshot*. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Nursing_Education_Snapshot_2004_2005_e.pdf.
57. Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Nursing education in Canada statistics: 2006–2007*. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Education_Statistics_Report_2006_2007_e.pdf.
58. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2009). *Briefing note: Strengthening the nursing workforce for a stronger health care system*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.rnao.org/Storage/53/4793_Briefing_note_-_strengthening_nursing_2009.pdf.
59. Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H. et Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23, 202–212.
60. Hallberg, I. R. (2006). Challenges for future nursing research: Providing evidence for health-care practice. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 923–927.
61. Arora, V., Dunphy, C., Chang, V. Y., Ahmad, F., Humphrey, H. J., et coll. (2006). The effects of on-duty napping on intern sleep time and fatigue. *Annals of Internal Medicine*, 144, 792.
62. Shirely, M. (2006). Stress and coping in nursing managers: Two decades of research. *Nursing Economics*, 24, 193–203.
63. Agrément Canada (2008). *Rapport canadien de 2008 sur l'agrément des services de santé : Fondé sur l'analyse des visites menées en 2007*. Ottawa (Ontario) : Agrément Canada.
64. Vale, D., Schmidt, S., Mills, E., Shaw, T., Lindell, A., Thomas, C. et Tuchfarber, A. (2003). A collaborative effort between nurse leaders to address the hospital nursing shortage. *Nursing Leadership Forum*, 8, 28–33.

65. Trinkoff, A., Johantgen, M., Storr, C., Gurses, A., Liang, Y. et Han, K. (2010). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing Research*, 60, 1–8.
66. Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2007). Lignes directrices des pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains. Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
67. Rogers, A. E. (2008). The effects of fatigue and sleepiness on nurse performance and patient safety. Dans R. G. Hughes (éd.). *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Resources. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.ahrq.gov/qual/nursesfdbk/>.
68. Ellis, J. R. (2008). *Quality of care, nurses' work schedules, and fatigue: A white paper*. Seattle (Oregon) : Washington State Nursing Association.
69. Grogan, E. L., Stiles, R. A., France, D. J., Speroff, T., Morris, J. A., Jr., Nixon, B. et coll. (2004). The impact of aviation-based teamwork training on the attitudes of health-care professionals. *Journal of the American College of Surgeons*, 199, 843–848.
70. Bahr, S., Buth, C., Martin, R., Peters, N., Swanson, K., Warhanek, J. et coll. (2008). White paper: Nurse scheduling and fatigue in the acute care 24 hour setting. Milwaukee (Wisconsin) : Wisconsin Organization of Nurse Executives. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.w-one.org/uploads/FatiguePaper1-10-08.pdf>.
71. American Society of Registered Nurses. (2010). Study cites danger in overtime for nurses. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.asrn.org/journal-nursing/721-study-cites-danger-in-overtime-for-nurses.html>.
72. Samaha, E., Lal, S., Samaha, N. et Wyndham, J. (2007). Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 221–232.
73. Tabone, S. (2004). Nurse Fatigue: The Human Factor. *Texas Nursing*, 78(5): 8–10.
74. Bennett, S. A. (2008). Flight crew stress and fatigue in low-cost commercial air operations an appraisal. *International Journal Risk Assessment and Management*, 4, 207–231.
75. Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
76. Scott, L. D., Hofmeister, N., Rogness, N. et Rogers, A. E. (2010). Implementing a fatigue countermeasures program for nurses: A focus group analysis. *Journal of Nursing Administration*. 40, 233–240.
77. Quality Worklife-Quality Healthcare Collaborative. (2007). Within our grasp: A healthy workplace action strategy for success and sustainability in Canada's healthcare system. Ottawa (Ontario) : Conseil canadien d'agrément des services de santé. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.cna-aicc.ca/CNA/documents/pdf/publications/2007_QWQHC_Within_Our_Grasp_e.pdf.
78. Stokowski, L. A. (2004). A wake-up call for nurses: Sleep, loss, safety, and health. 7th Annual Neonatal Advanced Practice Nursing Forum, 2004. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.medscape.org/viewarticle/481189>.
79. Duxbury, L., Higgins, C. et Lyons, S. (2010). The etiology and reduction of role overload in Canada's health care sector. Ottawa (Ontario) : Carleton University. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.sprott.carleton.ca/news/2010/docs/complete-report.pdf>.
80. Olds, D. M. et Clarke, S. P. (2010). The effects of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*, 41, 153–162.
81. Smith-Coggins, R., Howard, S. K., Mac, D. T., Wang, C., Kwan, S., Rosekind, M. R., et coll. (2006). Improving alertness and performance in emergency department physicians and nurses: the use of planned naps. *Annals of Emergency Medicine*, 48, 596–604.
82. Flin, R., Winter, J., Sarac, C. et Raduma, M. (2009). Human factors in patient safety: Review of topics and tools. Report for Method and Measure Working Group of WHO Patient Safety. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé.
83. Johnson, K., Chisholm, A. et Weatherman, P. (2008). Work schedules and job performance: What is the link? *Nursing Management Journal*, 39(6): 44–7.
84. Scott, L. D., Hwang, W. T., Rogers, A. E., Nysse, T., Dean, G. E. et Dinges, D. F. (2007). The relationship between nurse work schedules and drowsy driving. *Sleep*, 30, 1801–1807.

85. Neubauer, D. N. (1999). Sleep problems in the elderly. *American Family Physician* 59, 2551–2560.
86. Sharp, B.A. et Clancy, C. M. (2008). Limiting nurse overtime and promoting other good working conditions, influences patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 23, 97–100.
87. Winwood, P. C., Winefield, A. H. et Lushington, K. (2006). Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 438–449.
88. Allen D. (2005). Fatigue, stress and fitness to practice. *Alberta RN / Alberta Association of Registered Nurses*, 61, 8–9.
89. Beckers, D. G., van der Linden, D., Smulders, P. G., Kompier, M. A., Taris, T. W. et Geurts, S. A. (2008). Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. *Work & Stress*, 22, 33–50.
90. Canadian Centre for Occupational Health and Safety. What can the individual do to cope with shiftwork? Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/shiftwrk.html#_1_14.
91. Driver, H. S. et Taylor, S. R. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 4, 387–402.
92. Field, M. et Lohr, K. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington : Institute of Medicine, National Academy Press.
93. Clarke, M. et Oxman, A.D. (1999). *Cochrane reviewers' handbook*, 4^e éd. Oxford (Royaume-Uni) : The Cochrane Collaboration.
94. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2002). *Normes professionnelles*. Toronto (Ontario) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario.
95. Registered Nurses Association of Nova Scotia. (2003). *Educational support for competent nursing practice*. Consulté le 24 septembre 2004 à l'adresse <http://www.crns.ca/default.asp?id=190&pagesize=1&sfield=content.id&search=1102&mn=414.70.80.223.320>.
96. National Health and Medical Research Council (1998). *A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines*. Canberra (Australie) : National Health and Research Council. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm>.

RÉFÉRENCES (EN ORDRE ALPHABÉTIQUE)

- Agrément Canada (2008). Rapport canadien de 2008 sur l'agrément des services de santé : Fondé sur l'analyse des visites menées en 2007. Ottawa (Ontario) : Agrément Canada.
- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15, 296–320.
- Allen D. (2005). Fatigue, stress and fitness to practice. *Alberta RN / Alberta Association of Registered Nurses*, 61, 8–9.
- American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington (DC) : American Nurses Publishing.
- American Society of Registered Nurses. (2010). Study cites danger in overtime for nurses. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.asrn.org/journal-nursing/721-study-cites-danger-in-overtime-for-nurses.html>.
- Arora, V., Dunphy, C., Chang, V. Y., Ahmad, F., Humphrey, H. J., et coll. (2006). The effects of on-duty napping on intern sleep time and fatigue. *Annals of Internal Medicine*, 144, 792.
- Association of Colleges of Applied Arts and Technology. (2001). *The 2001 environmental scan for the Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*. Toronto (Ontario) : Association of Colleges of Applied Arts and Technology.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Registered nursing education in Canada: 2004 snapshot*. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Nursing_Education_Snapshot_2004_2005_e.pdf.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des écoles de sciences infirmières. *Nursing education in Canada statistics: 2006–2007*. Consulté le 1^{er} juin à l'adresse http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Education_Statistics_Report_2006_2007_e.pdf.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2010). *Nurse fatigue and patient safety: Research report*. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Planifier pour demain : Prévisions de ressources humaines en soins infirmiers*. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005). *National planning for human resources in the health sector*. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.cna-aicc.ca/cna/documents/pdf/publications/ps81_national_planning_e.pdf.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Tested solutions for eliminating Canada's registered nurse shortage*. Ottawa (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006). *Développement et maintien du leadership infirmier : lignes directrices sur les pratiques exemplaires*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2009). *Briefing note: Strengthening the nursing workforce for a stronger health care system*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.rnao.org/Storage/53/4793_Briefing_note_-_strengthening_nursing_2009.pdf.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there – Report on nursing recruitment and retention in Ontario*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). *Lignes directrices des pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains. Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail*. Toronto (Ontario) : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Baeten, B. et Jorens, Y. (2004). The impact of EU law and policy. Dans C. A. Dubois, M. McKee et E. Nolte (éd.), *Human resources for health in Europe* (p. 214–234). Berkshire (Royaume-Uni) : Open University Press.

- Bahr, S., Buth, C., Martin, R., Peters, N., Swanson, K., Warhanek, J. et coll. (2008). White paper: Nurse scheduling and fatigue in the acute care 24 hour setting. Milwaukee (Wisconsin) : Wisconsin Organization of Nurse Executives. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.w-one.org/uploads/FatiguePaper1-10-08.pdf>.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S. et coll., (2001). Commitment and care – The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system. Ottawa (Ontario) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Change Foundation.
- Beckers, D. G., van der Linden, D., Smulders, P. G., Kompier, M. A., Taris, T. W. et Geurts, S. A. (2008). Voluntary or involuntary? Control over overtime and rewards for overtime in relation to fatigue and work satisfaction. *Work & Stress*, 22, 33–50.
- Bennett, S. A. (2008). Flight crew stress and fatigue in low-cost commercial air operations an appraisal. *International Journal Risk Assessment and Management*, 4, 207–231.
- Blegen, M. et Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic*, 16, 196–203.
- Canadian Centre for Occupational Health and Safety. What can the individual do to cope with shiftwork? Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.ccohs.ca/oshanswers/ergonomics/shiftwrk.html#_1_14.
- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V. et Smith, D. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52, 71–79.
- Clarke, M. et Oxman, A.D. (1999). *Cochrane reviewers' handbook*, 4^e éd. Oxford (Royaume-Uni) : The Cochrane Collaboration.
- Cochrane Collaboration. Cochrane and systematic reviews: Levels of evidence for health care interventions. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/section6.html#2>.
- Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (2002). Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, Comité consultatif des ressources humaines en santé.
- Council of Ontario University Programs in Nursing (2002). Position statement on nursing clinical education. Toronto (Ontario) : Council of Ontario University Programs in Nursing
- DeJoy, D. M. et Southern, D. J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Occupational Medicine*, 35, 1221–1230.
- Dorrian, J., Lamond, N., van den Heuvel, C., Pincombe, J., Rogers, A. E. et Dawson, D. (2006). A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours. *Chronobiology International*, 23, 1149–1163.
- Driver, H. S. et Taylor, S. R. (2000). Exercise and sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 4, 387–402.
- Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M. et Widmeyer, G. (1996). Stressful nurses: The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10, 46–58.
- Dunleavy, J., Shamian, J. et Thomson, D. (2003). Workplace pressures: Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse*, 99, 23–26.
- Duxbury, L., Higgins, C. et Lyons, S. (2010). The etiology and reduction of role overload in Canada's health care sector. Ottawa (Ontario) : Carleton University. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.sprott.carleton.ca/news/2010/docs/complete-report.pdf>.
- Edell-Gustafsson, U. M., Kritz, E. I. et Bogren, I. K. (2002). Self-reported sleep quality, strain and health in relation to perceived working conditions in females. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 179–187.
- Ellis, J. R. (2008). Quality of care, nurses' work schedules, and fatigue: A white paper. Seattle (OR) : Washington State Nursing Association.
- Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K. et Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54, 74–84.
- Field, M. et Lohr, K. (1990). *Guidelines for clinical practice: Directions for a new program*. Washington : Institute of Medicine, National Academy Press.
- First Ministers' meeting on the future of health care (2004). Consulté le 5 juin 2005 à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/english/hca2003/fmm/index.html>.
- Flin, R., Winter, J., Sarac, C. et Raduma, M. (2009). Human factors in patient safety: Review of topics and tools. Report for Method and Measure Working Group of WHO Patient Safety. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé.

- Green, L. W., Richard, L. et Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 270–281.
- Grinspun, D. (2000). Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management. Dans D. L. Gustafson (éd.), *Care and consequences*. Halifax (Nouvelle-Écosse) : Fernwood Publishing.
- Grinspun, D. (2000). The social construction of nursing caring. Proposition de thèse de doctorat. Toronto (Ontario) : Université York.
- Grogan, E. L., Stiles, R. A., France, D. J., Speroff, T., Morris, J. A., Jr., Nixon, B. et coll. (2004). The impact of aviation-based teamwork training on the attitudes of health-care professionals. *Journal of the American College of Surgeons*, 199, 843–848.
- Hallberg, I. R. (2006). Challenges for future nursing research : Providing evidence for health-care practice. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 923–927.
- Hancock, T. (2000). Healthy communities vs. “health”. *Canadian Health Care Manager*, 100, 21–23.
- Institute of Medicine (2004). It's the nurses: A new IOM report calls for substantial changes in nurses' work environment to protect patients. *Excellence in Clinical Practice*, 5, 5.
- Johnson, K., Chisholm, A. et Weatherman, P. (2008). Work schedules and job performance: What is the link? *Nursing Management Journal*, 39(6): 44–7.
- Kenyon, T. A., Gluesing, R. E., White, K. Y., Dunkel, W. L. et Burlingame, B. L. (2007). On call: Alert or unsafe? A report of the AORN on-call electronic task force. *Association of Operating Room Nurses Journal*, 86, 630–639.
- Kovner, C. et Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 30, 315–321.
- Lowe, G. (2004). Thriving on healthy: Reaping the benefits in our workplaces. Présentation donnée lors de la 4^e conférence internationale de l'AllIAO : Healthy Workplaces in Action 2004: Thriving in Challenge; 17 novembre 2004, Markham (Ontario).
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J. et Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30, 93–106.
- Ministère du Travail de l'Ontario. Loi sur les normes d'emploi, 2000. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_00e41_e.htm.
- Moynihan, R. (2004). Evaluating health services: A reporter covers the science of research synthesis. New York (New York) : Millbank Memorial Fund. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.milbank.org/reports/2004Moynihan/040330Moynihan.html>.
- National Health and Medical Research Council (1998). A guide to the development, implementation, and evaluation of clinical practice guidelines. Canberra (Australie) : National Health and Research Council. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm>.
- Needleman, J. et Buerhaus, P. (2003). Nurse staffing and patient safety: Current knowledge and implications for action. *International Journal for Quality in Health Care*, 15, 275–277.
- 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, 1715–1722.
- Neubauer, D. N. (1999). Sleep problems in the elderly. *American Family Physician* 59, 2551–2560.
- Nursing Task Force. (1999). Good nursing, good health: An investment for the 21st century. Toronto (Ontario) : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.
- O'Brien-Pallas, L. et Baumann, A. (1992). Quality of nursing work life issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5, 12–16.
- Olds, D. M. et Clarke, S. P. (2010). The effects of work hours on adverse events and errors in health care. *Journal of Safety Research*, 41, 153–162.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2002). Normes professionnelles. Toronto (Ontario) : Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
- Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D. et Long, L. (2004). A comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining leadership that fosters a healthy work environment in health care. *Health Care Reports*. Adelaide (Australie) : The Joanna Briggs Institute.

- Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R. et coll. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42, 4–12.
- Quality Worklife–Quality Healthcare Collaborative. (2007). *Within our grasp: A healthy workplace action strategy for success and sustainability in Canada's healthcare system*. Ottawa (Ontario) : Conseil canadien d'agrément des services de santé. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse http://www.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/2007_QWQHC_Within_Our_Grasp_e.pdf
- Registered Nurses Association of Nova Scotia. (2003). Educational support for competent nursing practice. Consulté le 24 septembre 2004 à l'adresse <http://www.crnns.ca/default.asp?id=190&pagesize=1&sfld=content.id&search=1102&mn=414.70.80.223.320>.
- Rogers, A. E. (2008). The effects of fatigue and sleepiness on nurse performance and patient safety. Dans R. G. Hughes (éd.), *Patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Resources. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.ahrq.gov/qual/nursesdbk/>.
- Rogers, A. E., Hwang, W. T., Scott, L. D., Aiken, L. H. et Dinges, D. F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23, 202–212.
- Rogers, A. E., Hwang, W. et Scott, L. (2004). The effects of work breaks on staff nurse performance. *Journal of Nursing Administration*, 34, 512–519.
- Samaha, E., Lal, S., Samaha, N. et Wyndham, J. (2007). Psychological, lifestyle and coping contributors to chronic fatigue in shift-worker nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 59, 221–232.
- Santé Canada. (2003). Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé. Consulté le 5 mai 2005 à l'adresse http://www.healthservices.gov.bc.ca/bchealthcare/publications/health_accord.pdf.
- Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. et Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23, 478–85.
- Scott, L. D., Hofmeister, N., Rogness, N. et Rogers, A. E. (2010). Implementing a fatigue countermeasures program for nurses: A focus group analysis. *Journal of Nursing Administration*. 40, 233–240.
- Scott, L. D., Hwang, W. T. et Rogers, A. E. (2006). The impact of multiple care giving roles on fatigue, stress, and work performance among hospital staff nurses. *Journal of Nursing Administration*, 36, 86–95.
- Scott, L. D., Hwang, W. T., Rogers, A. E., Nysse, T., Dean, G. E. et Dinges, D. F. (2007). The relationship between nurse work schedules and drowsy driving. *Sleep*, 30, 1801–1807.
- Scott, L. D., Rogers, A. E., Hwang W. T. et Zhang, Y. (2006). The effects of critical care nurses' work hours on vigilance and patient safety. *American Journal of Critical Care*, 15, 30–37.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Sign 50: A Guideline developers' handbook. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>.
- Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes (2000). Communiqué sur la santé pour la réunion des premiers ministres. Communiqué. Réunion des premiers ministres. Ottawa (Ontario) : le 11 septembre 2000.
- Sharp, B.A. et Clancy, C. M. (2008). Limiting nurse overtime and promoting other good working conditions, influences patient safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 23, 97–100.
- Shindul-Rothschild, J. (1994). Restructuring, redesign, rationing and nurses' morale: A qualitative study of the impact of competitive financing. *Journal of Emergency Nursing*, 20, 497–504.
- Shirely, M. (2006). Stress and coping in nursing managers: Two decades of research. *Nursing Economics*, 24, 193–203.
- Smith-Coggins, R., Howard, S. K., Mac, D. T., Wang, C., Kwan, S., Rosekind, M. R., et coll. (2006). Improving alertness and performance in emergency department physicians and nurses: the use of planned naps. *Annals of Emergency Medicine*, 48, 596–604.
- Sovie, M. et Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31, 588–600.
- Stokowski, L. A. (2004). A wake-up call for nurses: Sleep, loss, safety, and health. 7th Annual Neonatal Advanced Practice Nursing Forum, 2004. Consulté le 1^{er} juin 2011 à l'adresse <http://www.medscape.org/viewarticle/481189>.
- Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E. et Uchiyama, M. (2005). Daytime sleepiness, sleep habits and occupational accidents among hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 52, 445–453.

- Tabone, S. (2004). Data suggest nurse fatigue threatens patient safety. *Texas Nursing*, 78, 4-7; 8-10.
- Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J. et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33, 71-88.
- Trinkoff, A., Geiger-Brown, J., Brady, B., Lipscomb, J. et Muntaner, C. (2006). How long and how much are nurses now working? *American Journal of Nursing*, 106, 60-71.
- Trinkoff, A., Johantgen, M., Storr, C., Gurses, A., Liang, Y. et Han, K. (2010). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing Research*, 60, 1-8.
- United States Agency for Healthcare Research and Quality. (2003). The effect of health care working conditions on patient safety. Evidence report/Technology assessment number 74. Rockville (Maryland) : United States Agency for Healthcare Research and Quality.
- Vale, D., Schmidt, S., Mills, E., Shaw, T., Lindell, A., Thomas, C. et Tuchfarber, A. (2003). A collaborative effort between nurse leaders to address the hospital nursing shortage. *Nursing Leadership Forum*, 8, 28-33.
- Winwood, P. C., Winefield, A. H. et Lushington, K. (2006). Work-related fatigue and recovery: the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 438-449.
- Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11, 149-158.

Annexe A : Glossaire

Études corrélationnelles : Études qui déterminent la relation entre les variables. On compte trois résultats possibles : aucune relation, corrélation positive et corrélation négative.

Études d'intégration : Le processus d'intégration se compose des éléments suivants : (1) formulation du problème; (2) collecte de données ou examen de la documentation; (3) évaluation des données; (4) analyse des données; (5) interprétation et présentation des résultats.

Infirmières : Englobent les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières de pratique avancée comme les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains : Énoncés préparés systématiquement et basés sur les meilleures données probantes disponibles venant appuyer la prise de décisions au sujet des modes de fonctionnement et des processus permettant d'établir un milieu de travail sain⁹².

Méta-analyse : Technique statistique consistant à réunir les résultats de plusieurs études indépendantes afin d'obtenir des estimations plus précises (par rapport aux estimations découlant des études individuelles) des effets d'une intervention ou d'un phénomène observable relatif aux soins de santé⁹³.

Milieu de travail sain : Milieu qui maximise la santé et le bien-être des infirmières, des résultats de qualité chez le patient et le rendement organisationnel.

Opinion d'experts : Point de vue d'un groupe d'experts fondé sur les connaissances et l'expérience et qui a fait l'objet d'un consensus.

Patient/client : Désigne la personne qui reçoit des services infirmiers. Cela comprend les particuliers (membre de la famille, gardien, aidant naturel), les familles, les groupes, les populations et les collectivités. Dans un contexte d'enseignement, le patient peut être un élève ou étudiant; dans un contexte administratif, il peut s'agir d'un membre du personnel et, dans un contexte de recherche, d'un participant à une étude^{94,95}.

Recommandations relatives à l'établissement : Énoncés des conditions nécessaires à la mise en œuvre réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires dans un milieu de pratique. L'organisation est en grande partie responsable de la mise en place de ces conditions.

Recommandations relatives à la formation : Énoncés sur les exigences en formation et sur les approches ou stratégies portant sur l'instauration, la mise en œuvre et la durabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à la pratique : Énoncés sur la pratique exemplaire visant la pratique des professionnels de la santé et idéalement basés sur des données probantes.

Recommandations relatives au système : Énoncés sur les conditions favorisant la mise en œuvre des lignes directrices sur la pratique exemplaire dans l'ensemble du système de soins de santé. Ces conditions de succès sont étroitement liées à l'élaboration de politiques sur le plan plus général de la recherche, du gouvernement et du système.

Recherche qualitative : Méthodes de collecte et d'analyse de données non quantitatives. La recherche qualitative utilise plusieurs méthodes pour obtenir des données d'observation ou interroger des participants afin de comprendre leur point de vue, leur vision du monde et leurs expériences.

Revue critique : Article spécialisé fondé sur un examen de la documentation sur un enjeu ou un sujet particulier, dans lequel l'auteur présente également ses arguments et opinions.

Revue systématique : Application d'une démarche scientifique rigoureuse à la préparation d'un rapport de synthèse⁹⁶. Les examens systématiques indiquent où les effets des soins de santé sont constants, où les résultats de recherche pourraient être appliqués à une vaste population et aux divers milieux de soins et où les différences entre les traitements et les effets peuvent varier considérablement. L'utilisation de méthodes précises et systématiques dans les examens limite les partis pris (erreurs systématiques) et réduit les impondérables, offrant ainsi des résultats plus fiables pour tirer des conclusions et prendre des décisions.



Annexe B : Processus d'élaboration des lignes directrices

L'AllAO, avec le financement du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et en partenariat avec Santé Canada, a entrepris un projet pluriannuel d'élaboration, d'évaluation et de diffusion des lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour des milieux de travail sains. Ces lignes directrices ont été élaborées par un groupe d'experts réuni par l'AllAO et dont le travail a été réalisé de manière indépendante de façon à prévenir tout biais ou toute influence pouvant provenir des organismes de financement.

Le comité d'experts était composé d'infirmières occupant diverses fonctions et provenant de différentes spécialités et de milieux de pratique, et dont l'expertise allait de la pratique à la recherche, la politique, l'éducation et l'administration.

Le groupe a entrepris les étapes suivantes pour la préparation du présent document intitulé La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé :

- Définition et détermination de la portée du document grâce à un processus de discussion et de consensus qui a abouti à l'énoncé « Objet et portée ».
- Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été déterminés en se fondant sur la portée et l'objet des lignes directrices.
- Des questions de recherche ont été composées par le groupe d'élaboration.
- Une recherche Internet des lignes directrices publiées en lien avec la fatigue des infirmières a été menée et n'a donné aucun résultat.
- Les termes de recherche dans le domaine de la prévention et de l'atténuation de la fatigue des infirmières, tous rôles confondus, ont été envoyés au service de recherche en santé du Réseau universitaire de santé à des fins d'examen général de la documentation.
- Les documents cités et les résumés tirés des bases de données ont été envoyés au gestionnaire de programme de l'AllAO qui les a examinés. La documentation a été jugée pertinente et le bibliothécaire a continué ses recherches dans diverses bases de données.
- La liste des documents cités et résumés a été envoyée à l'assistant de recherche par voie électronique pour qu'il les examine. L'assistant de recherche a passé la liste en revue et a déterminé quels articles devraient être extraits et imprimés pour le processus d'extraction des données.
- Tous les articles inclus ont été évalués au moyen d'outils appropriés afin d'en déterminer la qualité.
- Un résumé détaillé a été élaboré par l'assistant de recherche et présenté au groupe de préparation des lignes directrices.
- Ce dernier a été divisé en sous-groupes selon le cadre notionnel relatif à l'établissement de milieux de travail sains : a) Niveau du système/externe b) Niveau organisationnel c) Niveau individuel.
- Le groupe d'élaboration a examiné le rapport.
- Les sous-groupes ont organisé les concepts et le contenu des lignes directrices en fonction du cadre pour les milieux de travail sains.
- De la documentation supplémentaire a été citée par les membres du groupe.
- Grâce à un processus de discussion et de consensus, les recommandations préliminaires ont été élaborées à la lumière des données probantes trouvées dans la documentation;
- Les lignes directrices préliminaires ont été passées en revue par le groupe d'experts.
- Les lignes directrices préliminaires ont été envoyées aux intervenants pour qu'ils les examinent;
- Les sous-groupes ont étudié les commentaires des intervenants;
- Les recommandations et les données probantes ont été finalisées;
- Le comité d'experts a révisé et approuvé le document final.

Annexe C : Processus de revue systématique de la littérature sur la prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé

1. Une étude générale de la documentation a été effectuée en saisissant des mots-clés associés à la définition de la fatigue au travail dans les bases de données suivantes :

- CINAHL
- Medline
- Embase
- ERIC
- PsycINFO
- PubMed

La définition de la fatigue utilisée dans la recherche était la suivante :

« Un sentiment subjectif de fatigue (ressenti par les infirmières) qui pénètre physiquement et mentalement. Elle varie de la simple fatigue à l'épuisement, causant un état général tenace qui nuit à la capacité physique et cognitive de la personne de fonctionner normalement. Elle est multidimensionnelle, à la fois par ses causes et par ses manifestations, et influencée par des facteurs physiologiques (p.ex., rythmes circadiens), psychologiques (p.ex., stress, éveil, somnolence), comportementaux (p.ex., habitudes de travail, habitudes de sommeil) et environnementaux (p.ex., exigences du travail). La fatigue combine des caractéristiques physiques (p.ex., somnolence) et psychologiques (p.ex., usure de compassion, épuisement émotionnel). Elle peut nuire considérablement au fonctionnement et peut persister en dépit des périodes de repos¹. »

2. Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient les suivants :

- Documentation anglaise seulement.
- Documentation publiée au cours des 10 dernières années.
- Rapports de recherche qui :
 - Définissaient et décrivaient les formes de fatigue en milieu de travail;
 - Déterminaient des antécédents et conséquences, ainsi que des stratégies ou des évaluations pour reconnaître la fatigue au travail;
 - Décrivaient la fatigue dans tous les domaines des soins infirmiers.
 - Définissaient et décrivaient la fatigue dans l'industrie de l'aviation et d'autres industries;
 - Déterminaient des stratégies ou des interventions visant à reconnaître, gérer et atténuer la fatigue;
 - Déterminaient la fatigue liée à la formation.
- Type de documentation :
 - Revues systématiques, primaires, méta-analyses
 - Documentation publiée et non publiée et littérature grise
 - Méthodologie de la recherche : recherche expérimentale, quasi-expérimentale, observationnelle, descriptive et co-relationnelle, et revues critiques.

3. Voici la liste des mots-clés anglais qui ont fait l'objet des recherches :

■ Nurses and fatigue	■ Patient acuity and fatigue
■ Patient acuity and tiredness	■ Nurses and exhaustion
■ Correlation between fatigue and error	■ Fatigue management
■ Mitigating fatigue	■ Group cultures and fatigue
■ Group norms and fatigue	■ Fatigue guidelines
■ Peer pressure and fatigue	■ Patient acuity and fatigue
■ Injury and fatigue	■ Public health nurses and fatigue
■ Homecare nurses and fatigue	■ Health care and fatigue
■ Occupational health and fatigue	■ Shift work and fatigue
■ Airline industry and fatigue	■ Workplace fatigue
■ Exhaustion	■ Tired
■ Absenteeism and fatigue	■ Absenteeism
■ Aging nurse and fatigue	■ Sleep deprivation
■ Sleep pattern disturbances	■ Irritability and fatigue
■ Partial sleep deprivation	■ Insufficient sleep deprivation
■ Personal responsibility and nursing	■ Moral distress
■ Fragmented sleep	■ Restorative sleep
■ Overtime and nurses	■ Overtime and fatigue
■ Patient safety and nurse fatigue	■ Patient safety
■ Adverse events and fatigue	■ Errors and fatigue
■ Job experience and fatigue	■ Job satisfaction and fatigue
■ Job satisfaction and nurses	■ Job satisfaction
■ Work environment and fatigue	■ Work environment
■ Fatigue management, fatigue symptoms, assessing fatigue	■ Self-scheduling

4. L'examen de la documentation a porté sur les infirmières de tous les domaines (clinique, pratique, administration, formation et recherche) et de tous les secteurs.

La méthode de recherche employée avait pour objet de trouver des études et des articles publiés et non publiés, en se limitant à la langue anglaise. On a procédé à une recherche limitée initiale dans les bases CINAHL et MEDLINE, suivie d'une analyse des mots contenus dans le titre et le résumé et des termes d'indexation utilisés pour décrire l'article. Une recherche secondaire à l'aide de tous les mots-clés et termes d'indexation déterminés a été entreprise en utilisant les termes de recherche susmentionnés.

5. Les études ciblées pendant la recherche des bases de données ont été évaluées selon leur pertinence en se basant sur l'information contenue dans le titre et le résumé.

Tous les articles semblant répondre aux critères d'inclusion ont été extraits et leur pertinence a été une fois de plus évaluée.

6. Les études qui répondaient aux critères d'inclusion ont été groupées par type (p. ex., qualitative, quantitative, étude autre qu'une étude de recherche), puis par thème (expérimentale, descriptive, etc.).

7. Avant d'être ajoutés à l'étude, les articles ont été évalués par deux évaluateurs indépendants afin de déterminer leur qualité méthodologique au moyen d'instruments d'évaluation appropriés.

Les articles ne portant pas sur des travaux de recherche ont été inclus s'ils traitaient de stratégies de gestion de la fatigue. Les désaccords entre les évaluateurs ont été résolus par la discussion et, si nécessaire, par le recours à un troisième évaluateur.

Résultats de l'examen de la documentation

Au total, 82 articles de nature quantitative, expérimentale, qualitative et textuelle ont été inclus dans l'étude. La majorité des articles étaient descriptifs et portaient sur les sujets suivants : importance du sommeil; manque de sommeil et rythme circadien; lien entre la fatigue, le travail par quarts et les longues heures de travail; heures supplémentaires; résultats particuliers, tels que des erreurs dans les soins aux patients, des enjeux de santé, l'absentéisme et la satisfaction professionnelle.

Annexe D : Outils

Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale (échelle OFER 15)

Les énoncés qui suivent portent sur votre expérience de la fatigue et de la tension au travail et à la maison au cours des derniers mois. Cochez la réponse qui correspond le mieux à votre situation (de « Fortement en désaccord » à « Fortement en accord »).

	Fortement en désaccord	En désaccord	Légèrement en désaccord	Ni en accord ni en désaccord	Légèrement en accord	En accord	Fortement en accord
1. Jemesenssouventauboutdurouleau avec le travail.							
2. J'aisouventpeurdemeleverpourune autre journée de travail.							
3. Jemedemandesouventcombien de tempsjepourracontinuerdefairece travail.							
4. Je sens que je « vis pour le travail » la plupart du temps.							
6. Après unepériodehabituelledetravail, il me reste peu d'énergie.							
7. Je me sens habituellement épuisée lorsque je rentre du travail.							
8. Montravailmeprendchaquejour toute mon énergie.							
9. J'aigénéralementbeaucoupd'énergie à consacrer à mafamille et mes amis.							
10. Après letravail, ilmerestegénéralement beaucoupd'énergie pourmes loisirs et d'autres activités.							
11. Je n'ai jamais assez de temps entre mesquartsdetravail pour récupérer complètement mon énergie.							
12. Mêmelorsquejesuisfatiguéeaprès un quart, je me sens généralement reposée avant le début du quart suivant.							
13. Je reprends rarement toutes mes forces entre les quarts de travail.							
14. Récupérerd'unefatiguéliéeautravail entrelesquartsdetravailnemepose pas de problème.							
15. Jemesenssouventencorefatiguée d'un quart lorsque je commence le quart suivant.							

OFER-CF; la sous-échelle de la fatigue chronique comprend les éléments 1 à 5 inclusivement.

OFER-AF; la sous-échelle de la fatigue aigüe comprend les éléments 6 à 10 inclusivement.

OFER-IR; la sous-échelle de la récupération entre les quarts comprend les éléments 11 à 15 inclusivement.

Les éléments doivent être intégrés aux outils d'évaluation dans un ordre aléatoire.

Établissement du score :

Pour les éléments 9, 10, 11, 13 et 15, le pointage doit être inversé.

OFER-CF = somme (scores des éléments 1–5)/30 x 100

OFER-AF = somme (scores des éléments 6–10)/30 x 100

OFER-IR = somme (scores des éléments 11–15)/30 x 100

Produit des valeurs comparables entre 0 et 100 pour chaque sous-échelle. Des scores plus élevés à chaque sous-échelle calculée indiquent un plus haut taux de l'élément de la sous-échelle.

À des fins de comparaison, les points de découpage des niveaux faible, faible/modéré, modéré/élevé et élevé de chaque sous-échelle peuvent être calculés en fonction des quartiles de la répartition des scores de l'échelle.

© Peter C. Winwood, 2005. L'échelle ne peut être utilisée ou reproduite sans l'autorisation de l'auteur. Le Dr Winwood a bien voulu accorder une autorisation à long terme aux membres de l'AIIO (y compris aux membres étudiants) d'utiliser l'échelle OFER (qui a été approuvée par un comité d'éthique) dans le cadre de la recherche sans but lucratif.

Le Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

Directives: Les questions qui suivent portent sur vos habitudes générales de sommeil au cours du dernier mois seulement. Vos réponses doivent correspondre le plus précisément possible à la majorité des jours et des nuits du dernier mois. Veuillez répondre à toutes les questions.

1. Au cours du dernier mois, à quelle heure êtes-vous allée au lit le soir? _____
2. Au cours du dernier mois, en combien de temps (en minutes) vous êtes-vous endormie? _____
3. Au cours du dernier mois, à quelle heure vous êtes-vous généralement levée le matin? _____
4. Au cours du dernier mois, combien d'heures de sommeil réel avez-vous dormies? (Cette réponse peut être différente du nombre d'heures passées au lit.) _____

Pour chacune des questions restantes, cochez la meilleure réponse. Veuillez répondre à toutes les questions.

5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu de la difficulté à dormir parce que...	Jamais au cours du dernier mois	Moins d'une fois par semaine	Une ou deux fois par semaine	Trois fois ou plus par semaine
a) Vous n'avez pas pu vous endormir en 30 minutes ou moins				
b) Vous vous êtes réveillé(e) dans le milieu de la nuit ou tôt le matin				
c) Vous vous êtes levée pour aller aux toilettes				
d) Vous ne pouviez pas bien respirer				
e) Vous toussiez ou ronfliez bruyamment				
f) Vous aviez trop froid				
g) Vous aviez trop chaud				
h) Vous avez fait un cauchemar				
i) Vous ressentiez de la douleur				
j) Autre(s) raison(s) (veuillez préciser)				
6. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pris des médicaments pour vous aider à dormir (sur ordonnance ou en vente libre)?				
7. Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous eu de la difficulté à demeurer éveillé(e) en conduisant, en mangeant ou lors d'une activité sociale?				
8. Au cours du dernier mois, dans quelle mesure avez-vous eu de la difficulté à avoir assez d'enthousiasme pour accomplir vos tâches?				
	Très bien (0)	Assez bien (1)	Assez mauvais (2)	Très mauvais (3)
9. Comment évalueriez-vous la qualité de votre sommeil au cours du dernier mois?				

Composante 1	Score question 9	C1_____
Composante 2	Score question 2 (≤ 15 min = 0; 16–30 min = 1; 31–60 min = 2; > 60 min = 3) + score quest. 5a (si la somme est égale à 0 = 0; 1–2 = 1; 3–4 = 2; 5–6 = 3)	C2_____
Composante 3	Score question 4 ($> 7 = 0$; 6–7 = 1; 5–6 = 2; $< 5 = 3$)	C3_____
Composante 4	(nbre total d'heures de sommeil) / (nbre total d'heures au lit) x 100 $> 85\% = 0$; 75–84 % = 1; 65–64 % = 2; $< 65\% = 3$	C4_____
Composante 5	Sommes des scores des questions 5b à 5j (0 = 0; 1–9 = 1; 10–18 = 2; 19–27 = 3)	C5_____
Composante 6	Score question 6	C6_____
Composante 7	Score question 7 + score question 8 (0 = 0; 1–2 = 1; 3–4 = 2; 5–6 = 3)	C7_____

Additionnez les sept composantes

Score total à l'échelle PSQI _____

Autorisation de reproduire de Daniel J. Buysse.

Buysse, D. J., Reynolds III, C. F., Monk, T. H., Beriman, S. R. et Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Journal of Psychiatric Research*, 28, 193–213.

Epworth Sleepiness Scale

Nom : _____ Date : _____

Âge : _____ Sexe : Homme ___ Femme ___

Dans quelle mesure êtes-vous susceptible de somnoler ou de vous endormir dans les situations suivantes, comparativement à un simple sentiment de fatigue? Les questions suivantes font référence à votre mode de vie habituel ces derniers temps. Même si vous n'avez pas fait certaines de ces activités récemment, réfléchissez à la façon dont vous vous seriez comportée. Utilisez l'échelle suivante pour choisir le chiffre qui correspond le mieux à chaque situation :

Pointage :

0 = ne somnolerait jamais

1 = faible chance de s'endormir

2 = chance moyenne de s'endormir

3 = forte chance de s'endormir

Situation	Chance de s'endormir
■ Assis en train de lire	
■ En train de regarder la télévision	
■ Assis inactif dans un lieu public (cinéma, théâtre, réunion...)	
■ Comme passager dans une voiture roulant pendant 1 heure	
■ Allongé l'après-midi lorsque les circonstances le permettent	
■ Étant assis en parlant avec quelqu'un	
■ Assis au calme après un repas sans alcool	
■ Dans une voiture à l'arrêt pendant quelques minutes en raison du trafic	
Total	

Score :

0–10 Intervalle normal

10–12 Intervalle anormal

12–24 Anormal

© M. W. Johns, 1990–1997. Autorisation de reproduire.

Liste récapitulative pour reconnaître la fatigue

Question	Oui	Non
1. Les commentaires verbaux sur le sentiment de fatigue et l'état de fatigue ont-ils augmenté?		
2. Les plaintes sur les maux physiques ont-elles augmenté?		
3. Le personnel est-il anormalement irritable?		
4. Les désaccords parmi les employés sont-ils de plus en plus virulents et fréquents?		
5. Le personnel a-t-il de la difficulté à se concentrer?		
6. Le personnel se plaint-il d'un manque de sommeil et de repos de qualité?		
7. Le personnel semble-t-il plus fatigué qu'à l'habitude? Les employés sont-ils amorphes? Ont-ils des cernes noirs autour des yeux?		
8. Le personnel est-il incapable d'accomplir son travail en temps opportun et de façon efficace?		
9. Les blessures liées au travail ont-elles augmenté?		
10. L'utilisation de congés de maladie a-t-elle augmenté?		
11. Les membres du personnel deviennent-ils sujets aux accidents?		
12. Le personnel est-il anormalement émotif?		
13. Note-t-on un manque d'intérêt dans les projets et les activités qui intéressent généralement les membres du personnel?		
14. Les membres du personnel expriment-ils des inquiétudes à propos de leurs relations interpersonnelles?		

Analyse de la fatigue

1. Le personnel présente-t-il des signes et symptômes évidents de la fatigue? Oui ____ Non ____

2. Quels membres du personnel sont les plus touchés par la fatigue? _____

3. La fatigue du personnel suit-elle une tendance particulière? Oui ____ Non ____

a. À quel(s) quart(s) de travail ces employés sont-ils affectés? _____

b. À quelle fréquence s'effectue la rotation des quarts? _____

c. Quelle est la longueur de chaque quart (p. ex., huit heures, douze heures, etc.)? _____

d. À quelle fréquence ces membres du personnel font-ils des heures supplémentaires? _____

e. La fatigue est-elle ressentie dans un groupe d'âge en particulier? Oui ____ Non ____

(Si oui, décrivez) _____

f. Le nombre d'événements indésirables impliquant ces membres du personnel a-t-il augmenté?

Oui ____ Non ____

(Si oui, décrivez) _____

Autorisation de reproduire d'Adrienne A. et Aquirre, A. (2005). Fight fatigue: A nurse manager's guide to reduce risk and revitalize staff. HCPro Inc.: Marblehead, MA.

Feuille d'analyse de la fatigue

1. Quels types d'événements indésirables ont eu lieu?

2. Quand ces événements ont-ils eu lieu? Suivent-ils une certaine tendance?

3. Décrivez le régime de travail des membres du personnel impliqués dans ces événements :

a. À quel quart de travail les événements ont-ils eu lieu?

b. À quel moment au cours du quart les événements ont-ils eu lieu (p. ex., fin du quart, début du quart, etc.)?

c. Combien de jours (de soirs ou de nuits) d'affilée les membres du personnel ont-ils travaillé avant d'être impliqués dans ces événements indésirables?

d. Au moment où l'événement indésirable s'est produit, y avait-il un ou plusieurs membres du personnel qui effectuaient des heures supplémentaires? Dans l'affirmative, combien de périodes supplémentaires avaient-ils effectuées dans une période de sept jours?

e. Quelle était la direction de la rotation des quarts (vers l'avant ou vers l'arrière) pour les personnes impliquées dans les événements?

f. Quelle était la durée prévue du quart (p. ex., huit heures, 12 heures, etc.) des personnes impliquées dans les événements?

g. À quelle fréquence les employés impliqués dans les événements étaient-ils tenus d'effectuer une rotation entre divers quarts?

Autorisation de reproduire d'Adrienne A. et d'Aquirre, A. (2005). Fight fatigue: A nurse manager's guide to reduce risk and revitalize staff. HCPro Inc.: Marblehead, MA.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour les milieux de travail sains

AOÛT 2011

La prévention et l'atténuation de la fatigue dans les équipes de soins infirmiers

Rendu possible par le financement du
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Élaboré en partenariat avec le Bureau de la politique des soins infirmiers
de Santé Canada

ISBN 978-1-926944-45-6



9 781926 944456

Lignes directrices sur les pratiques
exemplaires pour les milieux de travail sains

La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé AOÛT 2011  RNAO