

UNE PRATIQUE À  
**VOTRE**  
**IMAGE**

Congrès  
Soins  
d'urgence



# CONFÉRENCE

L'omission des soins infirmiers à l'urgence:  
Impacts cliniques et leviers d'action

Josiane Provost  
Infirmière clinicienne  
et candidate au doctorat

**AIUQ**

# L'OMISSION DES SOINS INFIRMIERS À L'URGENCE

IMPACTS CLINIQUES ET LEVIERS  
D'ACTION

**Josiane Provost, inf. Ph.D (c)**

*Conférence 2A*

# PLAN ET OBJECTIFS

- **Au programme aujourd'hui**
  - Comprendre l'omission des soins infirmiers (OSI)
  - Manifestations cliniques à l'urgence
  - Impacts sur les patients et les infirmières
  - Quatre leviers d'action concrets
- **Objectifs d'apprentissage**
  - Identifier les principales situations où l'OSI compromet la sécurité des patients
  - Appliquer au moins trois stratégies fondées sur les données probantes

# UNE SCÈNE À L'URGENCE...

## 16 h 30.

- Vous êtes infirmière à l'urgence attirée à la zone d'observation et vous vous occupez de:
  - Madame Boutin, 78 ans, triée P3 pour douleur abdominale (6/10).
  - Trois patients qui attendent leur 2<sup>e</sup> signes vitaux.

## 16h31.

- Arrivez d'un polytraumatisé.

## 17h30

Une heure plus tard, M<sup>me</sup> B. est toujours sans analgésie...

**Surveillance** différée


**Douleur** non traitée

**Réévaluation** manquée

**Information** non transmise

= *Omission de soins infirmiers*

**Ce scénario vous parle?**

A group of four students are gathered around a wooden picnic table outdoors on a university campus. One student is standing and talking to three others who are seated. They have laptops and a water bottle on the table. In the background, there is a large brick building with many windows and a sign that reads 'lettres et sciences humaines'. The scene is bright and sunny with green trees and a clear blue sky.

lettres et sciences humaines

# PARTIE 1 – COMPRENDRE L'OMISSION

*Définition, contexte et ampleur du phénomène*

# QU'EST-CE QUE L'OMISSION DE SOINS?

**Se définit comme:** L'incapacité, totale ou partielle, pour une infirmière à exécuter des tâches requises selon l'état de santé du patient

Donc tout soin requis qui est :

- **omis** (non réalisé)
- **incomplet**
- **réalisé trop tard** (e.g délais)

L'OSI est une menace silencieuse pour la sécurité des patients

55%

à

98%

Prévalence selon les milieux

(Chaboyer et al., 2021; OIIQ, 2025)

# QU'EST-CE QUE L'OMISSION DE SOINS?

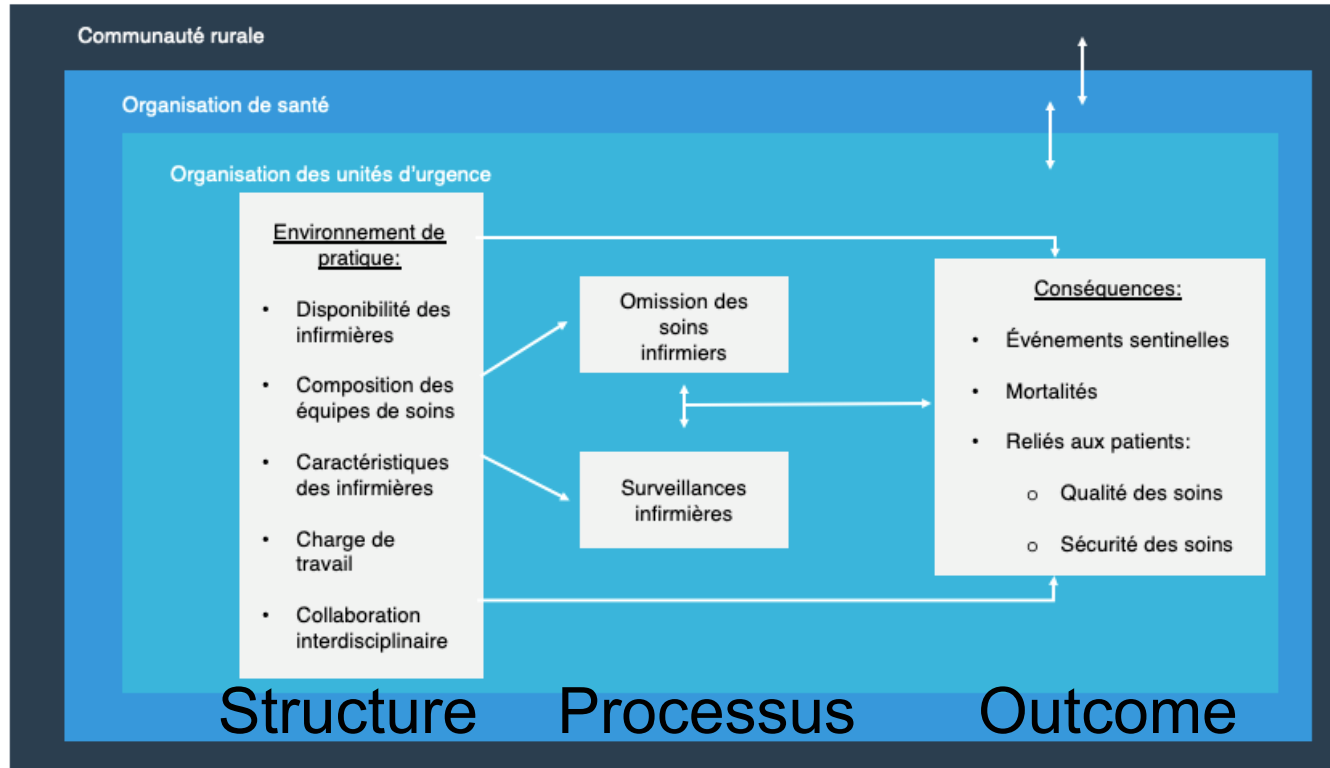
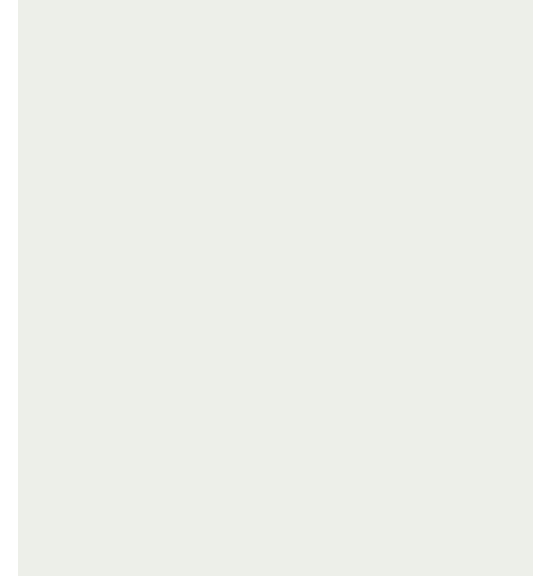


Figure 1. Adaptation du cadre de Aiken et al., 2018

# ET VOUS?

- **À quelle fréquence** vivez-vous une situation similaire à celle de Mme Boutin?
- **Quel soin** avez-vous dû omettre le plus souvent dans le dernier mois?
- **Avez-vous déjà documenté** un soin omis dans un formulaire d'incident ou d'accident?
- **Dans votre unité**, l'OSI est-elle reconnue comme un problème systémique?



# FACTEURS MODULATEURS DE L'OSI — TROIS NIVEAUX

- **Niveau individuel** : compétences cliniques, expérience, charge cognitive, fatigue de compassion
  - Infirmières novices : OSI plus fréquente en raison des décisions de triage des soins
- **Niveau équipe** : communication, cohésion, soutien entre collègues, normalisation des omissions
  - « On a toujours fait comme ça » — danger de banalisation collective
- **Niveau organisationnel** : ratios, leadership, culture de sécurité, systèmes de signalement
  - Milieux avec culture de sécurité forte : OSI mieux détectée ET mieux corrigée

## 3

niveaux d'intervention possibles pour réduire l'OSI

# LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS — DONNÉES OIIQ 2025

- **Soins les plus affectés** : surveillance clinique, confort, enseignement — confirmé à l'urgence ET sur les unités
- **Sondage FIQ 2023** : majorité des infirmières rapportent des soins incomplets quotidiennement

140%

taux d'occupation moyen dans  
certaines urgences québécoises  
— terrain propice à l'OSI

*MSSS, 2024*

# POURQUOI L'URGENCE EST UN TERRAIN À RISQUE

Les urgences sont identifiées comme des **milieux particulièrement vulnérables** aux erreurs et aux événements indésirables évitables

## Cinq caractéristiques en potentiellement en cause :

- Affluence imprévisible
- Variabilité majeure de l'acuité clinique
- Multiples interruptions (en moyenne 7 / heure au triage)
- « *Bed block* » et séjours prolongés sur civière (frein à la trajectoire des patients)
- Charge de travail souvent supérieure aux ressources



# PARTIE 2

# LA SURVEILLANCE CLINIQUE NON RÉALISÉE

- **Soin le plus fréquemment omis (ou avec délais) à l'urgence** : signes vitaux, saturation, glycémie, débit urinaire
- **Détection tardive de la détérioration** : jusqu'à 70 % des événements indésirables sérieux auraient pu être évités avec une surveillance adéquate
- **Patients gériatriques à risque accru** : présentation atypique (pas de fièvre malgré sepsis, confusion comme seul signe)
- **Documentation insuffisante** = soin non réalisé aux yeux de l'équipe suivante

70%

des événements indésirables  
sérieux auraient pu être prévenus  
par une surveillance adéquate

*Recio-Saucedo et al., 2018*

*Recio-Saucedo et al., 2018; Curtis et al., 2021; Duhalde et al., 2023*

# QUELS SOINS SONT LES PLUS SOUVENT OMIS?

Du **moins** souvent aux **plus** souvent omis :

- **Surveillance clinique et signes vitaux** — réévaluation différée ou non documentée
- **Gestion de la douleur** — analgésie tardive ou réévaluation absente
- **Administration de médicaments** — identification, allergies, doses

- **Soins fondamentaux** — hydratation, alimentation, hygiène, élimination
- **Communication / enseignement** — information au patient et à la famille
- **Soutien psychologique** — présence, écoute, accompagnement

**48,4 %**

**de soins laissés pour compte à l'urgence**

(vs 21-46 % sur les autres unités)

*Senek et al., 2020 (n = 7 124)*

# POURQUOI ?

- **Causes structurelles**

- Déséquilibre charge de travail / ratio infirmière-patients
  - Ratio + 1 patient = + 19,1 % d'erreurs d'omission
- Nb de patients élevé et manque d'espace physique sur l'unité

- **Causes cliniques**

- Priorité aux soins aigus au détriment des soins fondamentaux
- Patients complexes (gériatrie, polypathologie) qui mobilisent l'équipe

- **Causes communicationnelles et organisationnelles**

- Transferts d'information incomplets entre quarts ou services
- Manque de soutien organisationnel

# VISION MACRO

- **FACTEURS PRÉCIPITANTS (immédiats)**
  - Interruption, urgence concurrente, équipement manquant
  - Ratio déséquilibré au moment de l'événement
- **FACTEURS CONTRIBUTIFS (système)**
  - Culture d'unité, défaut de communication, manque de leadership visible
  - Normalisation de l'omission : « on dépriorise toujours ça »
- **FACTEURS LOINTAINS (organisation / société)**
  - Décisions de dotation, politiques de lits, suroccupation chronique
  - Financement du système de santé et ratio inf./population

## 3

niveaux de causes — agir sur un seul niveau est insuffisant

# Univers en soi UNIVERS EN SOI

## **PARTIE 3 – IMPACTS CLINIQUES**

# Univers en soi UNIVERS EN SOI

# CONSÉQUENCES POUR LES PATIENTS

- **Détérioration clinique non rapportée**
  - Jusqu'à 12,9 % des patients
- **Erreurs de médication et de triage**
- **Séjours prolongés** et réadmissions accrues
  - Coûts importants pour la société
- **Plaies de pression, chutes, infections nosocomiales**
- **Souffrance émotionnelle, perte de dignité**
- **Augmentation de la mortalité** hospitalière à 30 jours

**228 min**

**Délai moyen avant antibiothérapie  
(patients c neutropénie fébrile)**

Cible : 60 min

**Seulement 4 %** respectée

*Alsharawneh et al., 2020*

Aiken et al., 2014; Recio-Saucedo et al., 2018; Duhalde et al., 2023.

# L'OSI ET LA BLESSURE MORALE

- **Blessure morale** (*moral injury*) : souffrance causée par l'incapacité d'agir selon ses valeurs éthiques
- **Différence avec le burnout** : la blessure morale est liée à une atteinte identitaire professionnelle, pas seulement à la fatigue
- **Manifestations cliniques** : cauchemars, rumination post-quart, cynisme défensif, détachement émotionnel
- **L'OSI chronique** érode la vocation infirmière; « je ne suis plus l'infirmière que je voulais être »
- **Responsabilité organisationnelle** : créer les conditions pour que les soins requis puissent être réalisés

42%

des infirmières rapportent une détresse morale liée aux soins omis

*Appel et al., 2024*

# OUTCOMES POUR LES INFIRMIÈRES

Les infirmières décrivent l'OSI comme **indigne et non sécuritaire**

## Détresse morale et épuisement

- Soins ne répondant pas aux standards professionnels → sentiment d'échec
- Conflits internes, culpabilité
- Fatigue, perte de moral, intention de quitter la profession

# RÉTENTION ET FIDÉLISATION

- **Intention de quitter la profession** : directement corrélée avec la fréquence des soins omis ( $r = 0.42$ ,  $p < 0.001$ )
- **Étude Aiken 2014 (9 pays européens)** : chaque unité où  $>33\%$  des soins sont omis = risque accru de départ  $\times 2$
- **Milieus qui mesurent l'OSI** et qui mettent en place des correctifs voient une amélioration de la satisfaction professionnelle
- **Message clé** : réduire l'OSI n'est pas seulement bon pour les patients, mais c'est aussi bon pour les infirmières

**$\times 2$**

risque de départ dans les unités  
avec taux d'OSI élevé

*Aiken et al., 2014*

*Aiken et al., 2014; Wagner et al., 2021; OIIQ, 2025*

# CULTURE

- **Culture de sécurité psychologique** : les infirmières doivent pouvoir signaler l'OSI sans crainte de représailles
- **Rôle du gestionnaire de première ligne** : valider la charge, écouter, nommer les contraintes systémiques plutôt qu'individualiser le problème
- **Débriefings post-quart** : espace structuré pour identifier les soins omis et analyser les causes sans blame
- **Normalisation du signalement** : un soin omis documenté = une donnée pour améliorer le système, pas une faute individuelle
- **Indicateurs de culture positive** : taux de signalement en hausse = vigilance accrue, pas détérioration des soins

# **PARTIE 4 – LEVIERS D'ACTION**

# LEVIER 1 — PRIORISATION CLINIQUE STRUCTURÉE

- **Utilisation du HIRAID :**
  - H — History; I — Identify red flags; R — Reasoning; A — Action; I — Inform; D — Document
- **Matérialiser la priorisation**
  - Mise à jour de l'ETG selon les changements cliniques
  - Identifier explicitement le patient « le plus préoccupant »
  - Révisions régulières au poste

# HIRAID EN PRATIQUE — CAS CONCRET

- **H — History** : Mme Boutin, 78 ans, dlr abd. 6/10, P3 depuis 16h30
- **I — Identify red flags** : âge, détérioration possible
- **R — Reasoning** : Priorité haute — risque de détérioration silencieuse chez patiente âgée
- **A — Action** : Réévaluation immédiate, amorce analgésie selon protocole, signes vitaux
- **I — Inform** : Informer la patiente et la famille des prochaines étapes
- **D — Document** : Tracer la réévaluation, l'analgésie et la réponse obtenue

↓ 34%

réduction de la détérioration clinique avec HIRAID

*Curtis et al., 2021*

# LEVIER 2 — DOTATION SÉCURITAIRE

## Ce que dit la science

- Chaque patient supplémentaire au ratio → + 19,1 % d'omissions
- Délai d'analgésie ↑ de 9,6 % par patient additionnel
- Mortalité hospitalière à 30 jours associée aux ratios

## Ce qui est proposé au Québec

- OIIQ (2015) : dotation fondée sur l'évaluation des besoins des patients
- FIQ : ratios sécuritaires législatifs — projets pilotes 2018-2019
- CIRANO (2020) : ratios = condition utile mais non suffisante

*Dénoncer les situations dangereuses : c'est notre responsabilité professionnelle.*



*L'équilibre charge / ressources est le facteur le plus documenté dans la littérature.*

# AU-DELÀ DES RATIOS — LES CONDITIONS DE PRATIQUE

- **Les ratios sont nécessaires** mais non suffisants (CIRANO, 2020); la qualité des soins dépend aussi de l'environnement de travail
- **Magnet hospitals** : milieux magnétiques = moins d'OSI, moins de mortalité, moins d'infections, indépendamment des ratios
- **Facteurs structurels complémentaires** : infirmières ressources, assistants infirmiers-chefs, infirmières pivot
- **Matériel et équipements accessibles** : délai de récupération du matériel = cause directe d'OSI
- **Systèmes d'information clinique** : TI performants réduisent le fardeau documentaire et libèrent du temps infirmier

## 46%

des infirmières attribuent l'OSI à des problèmes matériels et organisationnels, pas au ratio seul

*Duhalde et al., 2023*

# LEVIER 3 — OUTILS DE REPÉRAGE DES SOINS À RISQUE

- **Mesurer pour agir : utiliser un instrument validé**
  - MISSCARE Survey — outil de référence international
- **Outils de surveillance clinique au quotidien**
  - Indicateurs sensibles aux soins infirmiers : douleur, plaies, chutes
- **Tableau de bord d'unité**
  - Suivi mensuel des soins omis → cibler les améliorations
  - Audits ciblés : SV, analgésie, identification, allergies
  - Rendre l'OSI visible élimine sa banalisation

# IMPLANTER UN TABLEAU DE BORD OS

- **Étape 1 — Choisir l'outil** : MISSCARE Survey (international) ou version québécoise de Lavoie-Tremblay (U. Sherbrooke)
- **Étape 2 — Administrer trimestriellement** : sondage anonyme à l'équipe + audits ciblés (douleur, SV, identification)
- **Étape 3 — Visualiser et partager** : affichage des résultats en salle de pause — rendre l'OSI visible élimine sa banalisation
- **Étape 4 — Plan d'action collaboratif** : impliquer l'équipe dans l'identification des solutions
- **Étape 5 — Réévaluer** : mesure à 3 mois pour documenter l'impact des interventions

## 5

étapes pour implanter un système de mesure de l'OSI dans votre unité

# LEVIER 4 — COMMUNICATION D'ÉQUIPE STRUCTURÉE

29 à 50 % des infirmières à l'urgence omettent de transmettre des informations critiques entre quarts (Senek et al., 2020).

## **SBAR / SAER — transmission structurée**

- **S**ituation – **A**ntécédents – **É**valuation – **R**ecommandation

## **Transmission au chevet du patient**

- Validation du bracelet, des allergies, du solutié (Kerr et al., 2016)
- Engagement du patient → satisfaction ↑ (White-Trevino et al., 2018)

## **Pause (Huddle) de quart (10 min)**

- Repérer les patients prioritaires + répartir les ressources

# LE LEADERSHIP INFIRMIER COMME LEVIER TRANSVERSAL

- **Les ASI**: Connaissent les ressources en temps réel
- **Leadership situationnel** : reconnaître quand la charge devient dangereuse et nommer la situation à voix haute
- **Plaidoyer professionnel** : documenter, escalader, dénoncer dans le registre des plaintes ou formulaires d'incident
- **Mentorat des novices** : accompagner dans la priorisation clinique; les novices omettent plus par décision, moins par négligence
- **Modèle de rôle** : si le leader applique SBAR et HIRAID, l'équipe suit; la culture se transmet par l'exemple

↓ **28%**

réduction de l'OSI dans les unités avec leadership infirmier fort et visible

*Scott et al., 2015*

*Scott et al., 2015; Aiken et al., 2014; Provost et al., 2025*

# CE QUE JE PEUX FAIRE DÈS DEMAIN

- **Au quotidien (action individuelle)**
  - Faire un huddle de 10 min en début de quart pour identifier les priorités
  - Utiliser SBAR/SAER lors de chaque transmission — au chevet du patient
  - Documenter ce qui n'a pas pu être fait (formulaire d'incident?)
- **Au sein de mon équipe**
  - Proposer un audit ciblé (douleur, identification, allergies)
  - Discuter d'un cadre structuré comme HIRAID en réunion d'équipe
- **Au niveau organisationnel**
  - Dénoncer les situations dangereuses
  - Demander les ratios sécuritaires
  - Demander la mesure régulière des soins omis sur l'unité

# RETOUR SUR MME BOUTIN — ET SI ON AVAIT AGI?

- **Scénario alt.** : l'infirmière du polytraumatisme communique à une collègue pour le soin (autre inf. disponible, inf. auxiliaire) (SBAR, 2 min)
- **Résultat** : Mme Boutin reçoit son analgésie à 16h50 — dlr passée de 6 à 2/10 à 17h15
- **La bonne nouvelle** : aucun de ces leviers n'a nécessité plus de personnel; seulement une organisation différente du travail existant
- **Message final** : vous avez déjà les compétences. Ces outils vous donnent le cadre pour les mobiliser sous pression.

↓ 4/10

réduction de la douleur en 45 min  
avec les bons leviers en place

# TROIS MESSAGES À RETENIR

1. Une menace silencieuse, fréquente et évitable.
2. Un déséquilibre entre besoins et ressources.
3. Quatre leviers concrets à notre portée.



**VOS QUESTIONS?**

# RÉFÉRENCES

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., et al. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries. *Lancet*, 383(9931), 1824-1830.
- Alsharawneh, A., Maddigan, J., Gaudine, A., Etchegary, H., & Gao, Z. (2020). The Quality of Care in the Emergency Management of Cancer Patients With Febrile Neutropenia. *Journal of Emergency Nursing*, 46(4), 468-477.
- Chaboyer, W., Harbeck, E., Lee, B. O., & Grealish, L. (2021). Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 37(2), 82-91.
- Curtis, K., Munroe, B., Fry, M., et al. (2021). The implementation of an emergency nursing framework (HIRAID) reduces patient deterioration. *International Emergency Nursing*, 56, 100976.
- Duhalde, H., Bjuresäter, K., Karlsson, I., & Bååth, C. (2023). Missed nursing care in emergency departments: A scoping review. *International Emergency Nursing*, 69, 101296.
- Hübsch, C., Müller, M., Spirig, R., & Kleinknecht-Dolf, M. (2020). Performed and missed nursing care in Swiss acute care hospitals. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2048-2060.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., & Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1509-1517.
- Lee, S. R., Hong, H., Choi, M., & Yoon, J. Y. (2021). Nursing staff factors influencing pain management in the ED. *International Emergency Nursing*, 58, 101030.
- OIIQ. (2015). *Prise de position : Prestation sécuritaire des soins infirmiers*. Montréal : OIIQ.
- OIIQ. (2025). L'omission de soins infirmiers : un défi. *Perspective infirmière* (hiver 2025).
- Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Maruotti, A., et al. (2018). What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-12), 2248-2259.
- Senek, M., Robertson, S., Ryan, T., King, R., Wood, E., & Tod, A. (2020). The association between care left undone and temporary nursing staff ratios. *BMC Health Services Research*, 20(1), 637.
- Références complémentaires sur demande : Appel et coll. (2024); Innes et coll. (2018); Kerr et coll. (2016); Mitchell-Scott et coll. (2014); Scott et coll. (2015); Stang et coll. (2013); Wagner et coll. (2021); White-Trevino et coll. (2018).*