JOURNÉE INTERNATIONALE DE L'INFIRMIÈRE 2006

EFFECTIFS SUFFISANTS
=
VIES SAUVEES

Dossier d'information et d'action

Tous droits réservés, y compris la traduction.
La reproduction photomécanique de cet ouvrage, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, pour autant que la source soit indiquée.

Copyright © 2006 CII – Conseil international des infirmières,
3, place Jean-Marteau, 1201 Genève (Suisse)

ISBN : 92-95040-45-7

EFFECTIFS SUFFISANTS = VIES SAUVEES

Table des matières

Introduction 5

Chapitre 1 : Contexte 9

Chapitre 2 : Importance de la sécurité des niveaux de dotation en effectifs 11

Chapitre 3 : Opportunités 17

Chapitre 4 : Obstacles 19

Chapitre 5 : Comment faire ? 21

Chapitre 6 : Rôle des associations nationales d'infirmières 25

Chapitre 7 : Recommandations 27

ANNEXES

Annexe 1: Outil d'évaluation de la dotation en effectifs infimiers 31

Annexe 2: Sécurité des niveaux de dotation en effectifs : que peuvent faire les infirmières ? 33

Annexe 3: Exemple de communiqué de presse 35

Annexe 4: Le saviez-vous ? Faits et chiffres 37

Annexe 5: Principes de la dotation en personnel infirmier (American Nurses Association) 39

Annexe 6: Estimation de la taille et de la composition des équipes d'infirmières 41

Annexe 7: Prise de position : La santé et la sécurité des infirmières au travail 47

Annexe 8: Prise de position : La sécurité des patients 51

Annexe 9 : Exemples de ratios infirmière / patients 55

Annexe 10 : Présentation Powerpoint 57

Références 61

EFFECTIFS SUFFISANTS=VIES SAUVEES

Introduction

La notion de sécurité des niveaux de dotation en effectifs a émergé suite aux changements intervenus dans les systèmes de santé.

La fourniture de soins de santé est une priorité pour de nombreux pays. La responsabilisation des services de soins de santé et le concept de fourniture des soins sont à l'ordre du jour de la plupart des discussions politiques. Cependant, l'exigence de responsabilité est problématique dans les situations de pénurie de personnel de santé, et notamment d'infirmières. En Afrique, par exemple, on n'a pas encore trouvé de solution, au niveau des états, au problème du manque d'infirmières, un thème pourtant constamment débattu dans la presse. La notion de sécurité des niveaux de dotation en effectifs a émergé suite aux changements intervenus dans les systèmes de santé. En effet, ces vingt dernières années ont été marquées par des crises sanitaires majeures (pandémie de sida, SRAS, flambées grippales), ainsi que par une récession ayant entraîné des pénuries de soins infirmiers et une explosion des coûts de la santé. On comprend aujourd'hui mieux l'impact des niveaux de dotation en personnel infirmier sur la sécurité, la morbidité et la mortalité des patients.

La présente documentation a été rassemblée à l'intention des infirmières et de leurs associations professionnelles nationales. Elle présente des informations de base qui serviront à étayer les argumentaires en faveur de niveaux adéquats de dotation en effectifs. Les annexes contiennent un outil d'évaluation des effectifs infirmiers, une liste d'activités que les infirmières peuvent mener pour améliorer la dotation, un exemple de communiqué de presse, une fiche d'information, un exemple de présentation Powerpoint et quelques ratios infirmières / patients typiques.

Le document principal contient une présentation générale du problème et donne certaines informations dont il convient de tenir compte dans toute discussion sur les niveaux de dotation en personnel, ainsi que des éléments matériels concernant l'impact des niveaux de dotation en effectifs sur la morbidité et la mortalité des patients. L'importance du profil des qualifications et de la clarification des rôles est rappelée. Le chapitre intitulé «Comment faire ?» décrit les lois et cadres *ad hoc* et insiste sur l'importance de l'exercice du jugement professionnel dans la promotion des stratégies de dotation en effectifs. En outre, des prises de positions importantes sont présentées à l'appui de la description générale. Des recommandations guideront les associations d'infirmières dans leurs activités de lobbying pour des ajustements des environnements de travail et l'introduction de niveaux de dotation en effectifs suffisants.

Les pénuries et l'afflux de personnel de santé vers les pays disposant des moyens financiers de se doter d'effectifs professionnels en quantité suffisante ont suscité des inquiétudes quant à la santé de la main-d'œuvre. La sécurité des environnements de travail, la santé des infirmières et les niveaux d'effectifs nécessaires à la préservation de la santé des populations, sont des problèmes d'importance croissante. La recherche a montré que le niveau de dotation en effectifs influence les résultats pour les patients (la mortalité, par exemple). Si cette recherche est encore balbutiante et limitée aux hôpitaux des pays occidentaux, elle n'en montre pas moins l'existence d'une relation positive entre effectifs infirmiers et résultats généraux pour les patients.

On ne trouve pas, dans la littérature disponible, de consensus sur ce que pourraient être des niveaux «sûrs» de dotation en effectifs.

Étant donné les problèmes économiques et les difficultés d'accès à l'éducation supérieure, certains pays ont toujours eu recours à du personnel diversifié pour la fourniture des services de santé.

On ne trouve pas, dans la littérature disponible, de consensus sur ce que pourraient être des niveaux «sûrs» de dotation en effectifs; de la même manière, nous ne trouvons qu'un nombre restreint de définitions applicables au plan international. Cependant, certains auteurs sont conscients du fait que la notion de sécurité des dotations en effectifs dépend, généralement, des contextes de soins. Il s'agit, en définitive, de disposer d'un nombre adéquat de collaborateurs pour faire face à la complexité des besoins des clients. Les infirmières, qui constituent un élément essentiel des équipes interdisciplinaires, prodiguent souvent leurs soins en collaboration avec des fournisseurs alternatifs (membres des familles, etc.). Notre analyse du concept de sécurité des dotations en effectifs tient pleinement compte de ce fait. Cependant, il ne faut pas minimiser l'importance de la disponibilité de personnel professionnel. Étant donné les problèmes économiques et les difficultés d'accès à l'éducation supérieure, certains pays (Inde, Pakistan, Chine, etc.) ont toujours eu recours à du personnel diversifié pour la fourniture des services de santé. Par exemple, les visiteuses de santé, les doulas et les «médecins aux pieds nus» sont autant de catégories de travailleurs de la santé prodiguant leurs soins dans des régions défavorisées en termes d'accès aux services de santé.

Dans certains domaines, les infirmières entretiennent une collaboration étroite avec les hygiénistes visiteuses (HV), une catégorie de travailleuses de la santé actives au Pakistan depuis 1951. Elles dispensent des soins infirmiers de base, des services de santé à la mère et à l'enfant et assurent la formation de travailleurs communautaires (Upvall & Gonsalves 2002). Les HV se distinguent des infirmières par le fait qu'elles exercent au sein des communautés plutôt que dans les hôpitaux (ibid.)

En Chine, les «médecins aux pieds nus» jouent un rôle important en matière de fourniture de soins depuis la Révolution culturelle des années 1960. Des milliers de paysans reçurent quelques mois de formation médicale intensive, après quoi ils furent renvoyés à leurs travaux agricoles, en sus desquels ils commencèrent de dispenser des soins de santé de base. Le programme était destiné à étendre le concept de «santé pour les masses», initialement destiné à la lutte contre les maladies infectieuses, à la mise en place d'un niveau de services de santé adéquat pour l'ensemble de la population chinoise. Le programme a été abandonné dans les années 1980 et 1990 pour des raisons financières. Il a cependant permis une réduction de l'incidence de maladies telle que la bilharziose. Certains pays envisagent toujours l'adoption de ce modèle pour pallier le manque de personnel nécessaire à la fourniture de soins adéquats dans les régions rurales (Valentine 2005).

Winslow (2005) décrit un exemple récent de prise en charge médicale alternative au sein d'une communauté reculée des États-Unis. Un habitant de cette petite bourgade, située à 75 kilomètres de l'hôpital le plus proche, se fit greffer un cœur artificiel. Compte tenu de la distance, il fallait pouvoir compter sur une intervention très rapide en cas de problème avec l'appareil cardiaque. Le patient, sa femme et leurs voisins reçurent donc une formation complète qui leur permettra d'intervenir en cas de nécessité.

Les échelles de carrière constituent un aspect important pour la rétention des travailleurs de la santé.

Un facteur important dans la maximisation du potentiel de la main-d'œuvre est la création d'échelles de carrière à l'intention de tous les travailleurs impliqués dans les soins : c'est une manière de capitaliser l'intérêt initial et l'expérience acquise par le personnel paramédical. Cet aspect est important pour le recrutement des travailleurs de la santé et la rétention d'un niveau d'effectif adéquat.

CHAPITRE 1

Informations de base

Les soins infirmiers sont essentiels dans la fourniture des soins de santé dans une large gamme de contextes.

Les auteurs ont réalisé que cette notion n'est pas uniquement affaire de chiffres.

Il a été démontré que les soins infirmiers sont essentiels dans la fourniture des soins de santé dans une large gamme de contextes. Les niveaux de dotation en personnel infirmier et les conditions nécessaires à la fourniture de soins de santé sûrs et efficaces font donc l'objet d'une grande attention, par exemple en ce qui concerne la détermination de la disponibilité et de l'adéquation du personnel infirmier. Une première définition du terme «dotation en effectifs» est la suivante : «le nombre et le type de personnel requis pour fournir des soins aux patients ou aux clients» (Giovanetti 1978, cité par McGillis Hall 2005, p. 2). Depuis, les auteurs ont réalisé que cette notion n'est pas uniquement affaire de chiffres, mais qu'elle englobe d'autres variables qui influencent la provision de soins sûrs, en particulier : les charges de travail, le contexte de pratique, la complexité de l'état de santé des patients, le niveau d'aptitude et la composition du personnel infirmier, la rentabilité et l'efficacité, le lien entre résultats pour les infirmières et résultats pour les patients. Le critère de sécurité des patients a été introduit par le biais d'indicateurs clés tels que le taux de mortalité.

Très peu de définitions établissent le lien entre «effectifs» et «sécurité».

Il vaut la peine de relever, cependant, que très peu de définitions établissent le lien entre «effectifs» et «sécurité». Selon l'*American Federation of Teachers* (1995) : «Par niveau de dotation en effectifs sûr, on entend la disponibilité en tout temps d'un nombre suffisant de collaborateurs dotés des compétences nécessaires à la fourniture des soins aux patients dans des conditions de travail exemptes de danger».

Selon l'Association des infirmières de la Caroline du Nord (NCNA 2005) :

> La sécurité de la dotation en effectifs reflète la qualité des soins dispensés aux patients, la qualité de vie professionnelle des infirmières et les résultats pour les organisations. Les mesures de sécurisation de la dotation en effectifs tiennent compte de la complexité des activités et intensités infirmières; des niveaux variables de préparation, de compétence et d'expérience des infirmières; du développement du personnel de santé; du soutien prodigué par l'encadrement aux niveaux opérationnel et exécutif; des moyens techniques disponibles dans le contexte de travail; de la disponibilité de services d'appui; et des mesures de protection des personnes dénonçant des situations problématiques.

CHAPITRE 2

Importance de la sécurité des niveaux de dotation en effectifs

Le mouvement pour la sécurité des patients

Le mouvement pour la sécurité des patients est important en ce qu'il vise une variété d'indicateurs de soins.

Le mouvement pour la sécurité des patients est important en ce qu'il vise une variété d'indicateurs de soins. Il tire sa légitimité d'avoir documenté des événements indésirables résultant des soins habituellement prodigués en contexte hospitalier. Des événements indésirables tels que chutes, erreurs de médication, interventions chirurgicales erronées ont été catalogués comme autant de facteurs accroissant la morbidité et la mortalité des patients. Baker *et al*. dans une étude menée à ce sujet au Canada (2004), calculent un taux d'incidence d'événements indésirables de 7,5%. Autrement dit, sur près de 2,5 millions d'admissions dans les hôpitaux canadiens similaires à celles analysées dans l'étude, environ 185 000 entraînent des événements indésirables, dont 70 000 sont évitables. Un projet de l'Institut de médecine livre d'autres statistiques tout aussi alarmantes. Kohn, Corrigan et Donaldson (2000) montrent que les systèmes de soins de santé connaissent des problèmes dus à des processus fautifs, à un soutien aux collaborateurs lacunaire et à un manque de pratiques de santé sécurisées. Les auteurs citent des rapports d'experts évaluant à 98 000 par an le nombre de décès dus à des erreurs médicales commises dans les hôpitaux, soit davantage que les décès par accidents de voitures, cancer du sein ou sida. Les recommandations formulées au niveau national, provincial et local pour réduire le nombre de ces erreurs médicales et améliorer la sécurité des patients concernent :

- Le leadership et les connaissances liées à la sécurité des patients.
- Les systèmes de consignation des erreurs.
- La protection des infirmières qui dénoncent les événements indésirables et les problèmes d'effectifs.
- La détermination de normes et d'attentes en matière de sécurité des patients.
- La création de systèmes de sécurité au sein des organisations de soins de santé.

Les éléments matériels prouvant la nécessité de disposer de niveaux adéquats de dotation en effectifs commencent d'être disponibles.

Pour réaliser tous ces objectifs, il faut disposer d'effectifs suffisants. Un certain nombre d'articles montrent une relation étroite entre le niveau de dotation en effectifs et les résultats pour les patients (par exemple mortalité et morbidité). Les éléments matériels prouvant la nécessité de disposer de niveaux adéquats de dotation en effectifs commencent d'être disponibles pour une gamme de maladies et de contextes. Bien que cette recherche soit axée sur une perspective occidentale et sur les soins dispensés en milieu hospitalier, elle donne des informations générales permettant d'appuyer des décisions en matière de dotations suffisantes en effectifs.

En 1998 déjà, Blegen, Good et Reed ont étudié les effets de la dotation en personnel infirmier sur la mortalité et la morbidité des patients. Ces chercheurs ont découvert qu'à un profil des qualifications comptant davantage d'infirmières autorisées correspondaient une incidence diminuée des erreurs médicales et des ulcères de pression ainsi qu'une plus grande satisfaction des patients. Une autre étude conduite la même année s'intéressait aux niveaux de dotation en personnel infirmier et à leurs effets en termes de résultats pour les patients. L'étude montrait que le nombre des erreurs de médication était réduit en présence d'une plus forte proportion d'infirmières diplômées dans le personnel (Blegen & Vaughn 1998).

Kovner et Gergen (1998) découvraient, quant à eux, une relation entre le nombre d'infirmières diplômées travaillant à plein-temps par journée de patient et les cas d'infections de la voie urinaire, de pneumonies, de thromboses et de compromis pulmonaire après une intervention chirurgicale majeure. Dans une étude portant sur plus de 68 000 patients victimes d'infarctus du myocarde, la mortalité se révélait être en proportion inverse du nombre d'heures d'infirmières diplômées par journée de patient (Schultz, van Servellen, Chang, McNeese-Smith & Waxenberg 1998). Dans leur étude comparant la qualité des soins prodigués à des patients atteints du sida, Aiken, Sloane, Lake, Sochalski et Weber (1999) constataient qu'une infirmière supplémentaire par journée de patient était associée à une diminution de 50% de la mortalité à trente jours. Une augmentation de 0,25 infirmière par journée de patient était associée à une réduction de 20% de ce même indicateur. Le risque de complications pulmonaires postopératoires augmentait lorsqu'une infirmière devait, lors de son service nocturne, s'occuper de plus de deux patients en soins intensifs ayant subi une oesophagectomie (Amaravadi, Dimick, Pronovost & Lipsett 2000).

Des auteurs ont découvert une relation proportionnelle inverse entre la mortalité d'une part et le nombre d'infirmières diplômées par journée de patients.

Kovner (2001) a étudié l'impact de la dotation en effectifs et de l'organisation du travail sur les résultats pour les patients et les travailleurs de la santé. La recherche montre une dépendance vis-à-vis de la discipline (soins infirmiers par exemple). La plupart des auteurs ont découvert une relation proportionnelle inverse entre la mortalité d'une part et le nombre d'infirmières diplômées par journée de patients, le pourcentage d'infirmières diplômées par rapport à l'effectif infirmier total et le nombre d'infirmières diplômées par hôpital, d'autre part. Certains auteurs décèlent une relation proportionnelle inverse entre le nombre d'infirmières diplômées par journée de patient et l'apparition d'événements indésirables. Dimick, Swoboda, Pronovost et Lipsett (2001), dans le cadre d'une étude de cohorte, trouvent une association entre un nombre inférieur d'infirmières en service de nuit et une augmentation du risque de complications pulmonaires postopératoires. Diminution des chutes et meilleure satisfaction des patients vis-à-vis de la gestion de la douleur sont observées parallèlement à l'augmentation du nombre d'heures d'infirmières diplômées par patient (Sovie & Jawad 2001).

Des données concernant 10 184 infirmières et 232 342 patients en chirurgie ont été récoltées et analysées dans le cadre d'une importante étude menée par Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski et Silber (2002). Les auteurs ont découvert que, pour une infirmière chargée de quatre patients en chirurgie, l'ajout d'un seul patient entraîne une augmentation de 7% de la probabilité de décès dans les trente jours suivant l'admission et de 7% également des risques d'échecs thérapeutiques. Au Canada, une étude rétrospective de Tourangeau, Giovanetti, Tu et Wood (2002) a étudié les taux de mortalité à trente jours de patients hospitalisés.

Des données ont été récoltées concernant 46 941 patients victimes d'infarctus du myocarde, d'attaques, de pneumonie ou de septicémie dans 75 hôpitaux de la province canadienne de l'Ontario. L'étude montre une relation entre la diminution de la mortalité à trente jours et un profil des qualifications plus riche et la présence, dans l'unité clinique, d'infirmières au bénéfice de plusieurs d'années d'expérience.

Une analyse transversale de Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky (2002) étudie la relation entre la quantité des soins prodigués par les infirmières d'hôpitaux et les résultats pour les patients. Les données analysées concernent cinq millions de patients en médecine et 1,1 million de patients en chirurgie. Une proportion plus élevée d'heures consacrées aux soins quotidiens par des infirmières professionnelles, ainsi qu'un plus grand nombre absolu d'heures de soins quotidiens accomplies par les mêmes infirmières, sont associés à une durée d'hospitalisation réduite et à des taux inférieurs d'infections de la voie urinaire, de saignements gastro-intestinaux, de pneumonies, d'états de choc et d'arrêts cardiaques ainsi qu'à un nombre réduit d'échecs thérapeutiques.

Les pneumonies et les escarres sont des conséquences bien connues de l'immobilité. Une étude de Cho, Ketefian, Barkauskas et Smith (2003) montre qu'une augmentation d'une heure de travail d'infirmière par journée de patient est associée à une augmentation de 8,9% des risques de pneumonie; une augmentation de 10% du nombre des infirmières professionnelles est associée à une diminution de 9,5% des mêmes risques. Bostick (2004) montre qu'une augmentation du nombre d'heures de travail des infirmières professionnelles est susceptible de réduire la prévalence des ulcères de pression.

Une enquête systématique conduite par ailleurs a permis de confirmer qu'un bon niveau de dotation en personnel est associé à une mortalité des patients inférieure et à une réduction de la durée des séjours hospitaliers (Lang, Hodge, Olson, Romano & Kravitz 2004). Person *et al*. (2004) évaluent le lien entre la dotation en infirmières et la mortalité des patients hospitalisés suite à un infarctus du myocarde. Ils découvrent que les patients traités dans des environnements dotés d'une forte proportion d'infirmières professionnelles décèdent moins souvent à l'hôpital.

Un compte-rendu de littérature relève un lien indéniable entre la dotation en effectifs infirmiers et toute une gamme de résultats pour les patients.

Lankshear, Sheldon et Maynard (2005) étudient vingt-deux études confirmant le fait qu'une bonne dotation en effectifs et un profil des qualifications favorable sont associés à une amélioration des résultats pour les patients. Enfin, un compte-rendu de littérature effectué par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (CFNU 2005) relève un lien indéniable entre la dotation en effectifs infirmiers et toute une gamme de résultats pour les patients : ulcères de pression, infections de la voie urinaire; pneumonies; infections de blessures postopératoires; erreurs de médication; compromis pulmonaires; thromboses; gestion de la douleur; saignements gastro-intestinaux; chutes; états de choc et arrêts cardiaques; échecs thérapeutiques et réadmission. Inversement, la satisfaction des patients décroît avec la réduction du nombre d'infirmières. L'étude montre également une réduction du nombre des événements indésirables lorsque le niveau de dotation en effectifs infirmiers est adapté au volume des soins aux patients.

Pour conclure, la littérature montre qu'il existe une relation entre le niveau de dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients. Cependant, d'autres recherches devront être menées dans les contextes internationaux pour conforter cette constatation. Cette recherche est encouragée par les Forums de la main-d'œuvre internationaux et régionaux du Conseil international des infirmières (CII).

Le rôle de la compétition

Les organisations disposant d'un nombre adéquat d'infirmières et de médecins utilisent la taille de leur main-d'œuvre pour renforcer leur avantage compétitif vis-à-vis des autres hôpitaux.

Les hôpitaux des États-Unis publient des indicateurs détaillés permettant de déterminer la qualité des établissements. Les organisations disposant d'un nombre adéquat d'infirmières et de médecins utilisent la taille de leur main-d'œuvre pour renforcer leur avantage compétitif vis-à-vis des autres hôpitaux. Ces établissements, parfois appelés «hôpitaux aimants» (*magnet hospitals*), proposent en effet des conditions de travail favorables qui facilitent le recrutement et la rétention du personnel soignant. Ces hôpitaux partagent des caractéristiques communes : leadership fort, représentation des infirmières au sein des comités chargés des questions politiques, style de gestion ouvert, mesures favorisant l'entretien des compétences, existence de bonnes relations interdisciplinaires et d'opportunités de développement (Lash & Munroe 2005).

Ce concept de compétitivité, surtout présent dans le secteur privé, n'est pas nécessairement adapté à d'autres pays dont les systèmes de santé sont organisés de manière différente, comme le Canada, le Japon, l'Allemagne, la Chine ou les Pays-Bas. Le secteur privé y dispense également des soins, mais la compétition entre organisations n'y est pas aussi intense.

Santé du travail : la santé des infirmières

Il est admis qu'un bon niveau d'effectifs favorise la santé des infirmières.

Il est admis qu'un bon niveau d'effectifs favorise la santé des infirmières. Le Gouvernement canadien, très préoccupé par la santé des infirmières en cette période de pénurie, a commandé une étude nationale sur la population infirmière, étude dont la publication est prévue en 2007. Selon Baumann *et al*. (2001), le niveau de dotation en effectifs est un élément essentiel pour répondre aux exigences actuelles des environnements de travail. Les facteurs à l'œuvre au sein de ces environnements sont la pression des charges de travail, le stress causé par les incertitudes liées à l'emploi, la sécurité sur le lieu travail, le soutien par les collègues et l'encadrement, la maîtrise de la pratique, la gestion des horaires de travail, le leadership et les niveaux de dotation en effectifs. Comme d'autres professions (police, services du feu), les infirmières doivent exercer dans des environnements potentiellement dangereux et incertains. La pression, l'épuisement et les difficultés de recrutement et de rétention du personnel sont des problèmes que connaissent bien toutes ces professions.

Plusieurs études montrent l'existence d'un lien entre niveaux de dotation en effectifs et satisfaction au travail (Aiken, Clarke et Stone 2002; Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber 2002). Une enquête menée au Royaume-Uni par Sheward, Hunt, Hagen, Macleod et Ball (2005) indique que les ratios infirmières/patients défavorables sont associés à un risque accru d'épuisement nerveux et d'insatisfaction au travail. Les infirmières qui effectuent régulièrement des heures supplémentaires ou qui travaillent sans le renfort adéquat sont sujettes à un taux d'absentéisme plus élevé; leur santé est également moins bonne.

Responsabilité professionnelle

Les infirmières se sentent souvent impliquées dans des contextes de soins aux patients où le personnel est insuffisant. Dans les pays connaissant une certaine propension au juridisme, la responsabilité professionnelle est une préoccupation permanente. Le dictionnaire Robert définit ainsi la «responsabilité»:

> […] Obligation ou nécessité morale, intellectuelle de réparer une faute, de remplir un devoir, une charge, un engagement. Par extension, le fait, pour certains actes, d'entraîner - suivant certains critères moraux, sociaux - des conséquences pour leur auteur. […]

Certaines infirmières individuelles ont vu leur responsabilité engagée dans le cadre de la fourniture de soins.

Certaines infirmières individuelles ont vu leur responsabilité engagée dans le cadre de la fourniture de soins. La responsabilité engagée dans ce cadre est celle du prestataire individuel et celle de l'équipe soignante. C'est pourquoi, quelle que soit la situation (c'est à dire le contexte dans lequel se produisent les erreurs), l'infirmière est responsable de ses actes. Il est donc d'une importance cruciale que les effectifs soient suffisants, car ce sont eux qui déterminent la capacité des infirmières à délivrer des soins appropriés. La responsabilité est plus grande dans les contextes cliniques dépourvus des infrastructures et des effectifs nécessaires. Dans de nombreux contextes de soins, le manque de personnel relève d'une faiblesse de l'offre (le pays produit un nombre de travailleurs de la santé insuffisant pour couvrir ses besoins). Dans d'autres cas, la production de nouvelles infirmières ne suffit pas à compenser les pertes dues à l'émigration des travailleurs de la santé. Ce problème fondamental est décrit dans un rapport de synthèse de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (Awases *et al*. 2004), qui présente les résultats d'une étude sur l'émigration des travailleurs de la santé de plusieurs pays d'Afrique. Compte tenu de l'ampleur de ces migrations, les infirmières qui choisissent de rester dans leur pays sont contraintes d'exercer dans des conditions de pénuries de personnel qui entravent leur aptitude à prodiguer des soins sûrs.

CHAPITRE 3
Opportunités

Les hôpitaux dotés d'effectifs suffisants peuvent réaliser d'importantes économies.

Selon l'Association des infirmières de Californie (CNA, sans date), les hôpitaux dotés d'effectifs suffisants peuvent réaliser d'importantes économies. En effet, les pénuries de personnel soignant entraînent un fort taux de rotation des infirmières diplômées, avec en corollaire l'obligation de recruter du personnel infirmier temporaire. L'investissement à long terme dans du personnel à plein temps permet des économies en termes de recrutement et de rétention (Baumann & Blythe 2003a, 2003b). Il a été démontré qu'une bonne dotation en effectifs contribue à l'amélioration des résultats pour les patients, laquelle entraîne à son tour une diminution des coûts de santé supportés par les individus, les familles et les communautés, ainsi qu'une augmentation des revenus fiscaux, grâce au retour des patients guéris dans la force de travail.

Profil des qualifications : clarification des rôles

Il est important de définir des directives applicables à certains rôles et d'en déterminer le meilleur mélange possible.

La dotation en effectifs infirmiers est influencée par les autres prestataires de soins de santé. La fourniture des soins de santé dépend en effet de l'existence de toute une gamme de rôles et de fonctions. Il est important de définir des directives applicables à certains rôles et d'en déterminer le meilleur mélange possible, notion qui varie de pays en pays. On dispose déjà d'un nombre restreint de modèles et de cadres régissant la bonne composition du personnel, mais, dans ce domaine, la solution unique n'existe pas. Quoi qu'il en soit, il est important de «panacher» au mieux les compétences du personnel soignant. Des approximations dans ce domaine entraînent en effet des erreurs cliniques pouvant causer des résultats indésirables pour les patients et les organisations (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2003). Les contributions respectives des professionnels de la santé et des volontaires seront mieux comprises par une collaboration aux niveaux local et national. Une telle collaboration est à l'œuvre au Canada, avec pour objectif de créer un cadre d'évaluation commun pour la composition du personnel d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et d'infirmières en psychiatrie autorisées (Association des infirmières et infirmiers du Canada 2003).

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (2005) a publié un document mettant en relief d'importantes questions relatives aux décisions en matière de composition du personnel infirmier et de sécurité des patients, avec une insistance sur le rôle des infirmières et des infirmières auxiliaires autorisées. Le document contient également des aides à la prise de décision; il donne des pistes pour la recherche sur la composition du personnel, la détermination de cadres et d'outils, les ratios imposés; il donne enfin une vue d'ensemble des principaux problèmes liés à la composition du personnel.

CHAPITRE 4
Obstacles

Offre et demande

Le problème fondamental est de disposer d'un nombre d'infirmières suffisant pour répondre aux besoins de santé de la population. Si la question du nombre d'infirmières dont chaque pays devrait idéalement disposer est encore sujette à débat, il est indéniable que les pays qui emploient un nombre suffisant de professionnels de la santé connaissent de meilleurs indicateurs de santé.

La répartition générale des effectifs infirmiers est, depuis quelque temps, tributaire des pénuries que connaissent les pays industrialisés.

La répartition générale des effectifs infirmiers est, depuis quelque temps, tributaire des pénuries que connaissent les pays industrialisés recrutant sur le marché international. Au plan local, la rétention des infirmières est influencée par des facteurs tels que le niveau des salaires, les conditions de travail et l'existence de systèmes d'éducation performants. Quand la quantité d'infirmières sur le marché du travail est insuffisante, on parle de pénurie. Dans les pays industrialisés, les pénuries sont dues à la faiblesse de l'offre, au recrutement local insuffisant, au taux de rotation élevé résultant d'une planification défaillante, du manque de perspectives de carrière ou de départs à la retraite anticipée (Buchan, Parkin & Sochalski 2003). Comment résoudre ces pénuries d'infirmières ? Le recrutement d'infirmières sur le marché international n'est pas une solution. Buchan, Parkin et Sochalski (2003) proposent plutôt un ensemble de réponses politiques.

- Action au niveau de la formation, pour renforcer l'offre.
- Fidélisation de l'effectif existant.
- Rationalisation de l'utilisation des capacités des infirmières et de la composition des équipes soignantes.
- Réintégration des infirmières ayant quitté la pratique.
- Contrôle de la déontologie du recrutement international.

Parmi les autres moyens d'augmenter l'offre, citons l'action auprès des gouvernements.

Parmi les autres moyens d'augmenter l'offre, citons l'action auprès des gouvernements pour qu'ils subventionnent les systèmes éducatifs (formation d'infirmières locales) et améliorent les conditions de travail (rétention des infirmières). Tout cadre politique doit prévoir des interventions à tous les niveaux. Des politiques nationales et locales doivent être adoptées afin d'instaurer une approche véritablement globale de la gestion des ressources humaines.

La demande des populations en soins de santé est variable.

La demande des populations en soins de santé est variable. Dans certains pays ravagés par la maladie, les effectifs d'infirmières sont gravement compromis par les migrations et des besoins de santé démesurés. L'offre locale d'infirmières est tributaire des migrations. Ces quarante dernières années, le nombre de migrants dans le monde a plus que doublé (à 192 millions par an). Les infirmières sont de plus en plus impliquées dans le flux migratoire. Les professionnels de la santé formés à l'étranger constituent maintenant 25% de la force de travail de l'Australie, du Canada, du Royaume-Uni et des États-

Unis. La distribution des infirmières s'est étendue avec l'émergence d'un marché du travail mondialisé et d'une lutte sans merci pour attirer les talents ou les capacités rares. Le fait de recruter des infirmières étrangères ne contribue cependant pas à résoudre les problèmes de fond à l'origine des pénuries dans les pays de destination (Kingma 2006). Chaque pays connaît des conditions particulières, il convient donc de trouver des solutions adaptées aux besoins locaux.

Contraintes financières

La sécurité des niveaux de dotation en effectifs ne reçoit pas toujours l'attention nécessaire.

Les systèmes de santé coûtent chers. Les financements pour la santé sont rares et leur importance est très variable selon les pays. Dans l'ensemble, les principaux centres de coûts sont les médicaments, les équipements techniques et les services médicaux. Le reste des financements est affecté aux institutions et aux soins de santé communautaires, au sein desquels les soins infirmiers et les niveaux de dotation en effectifs jouent un rôle prépondérant. La question de la sécurité des niveaux de dotation en effectifs étant étroitement liée au problème général du contrôle des coûts, elle ne reçoit pas toujours l'attention nécessaire, sauf quand elle est explicitement liée à la sécurité des patients.

Selon Spetz (2005), la raison pour laquelle les hôpitaux des États-Unis n'arrivent pas à atteindre un niveau optimal d'effectifs d'infirmières tient au fait qu'elles ne sont pas payées en fonction de la qualité des services qu'elles dispensent. Les hôpitaux n'ont qu'un intérêt limité à augmenter la qualité des soins, le coût de cette démarche étant très élevé. C'est pourquoi, même si une augmentation de l'effectif infirmier est susceptible d'améliorer les soins aux patients, du point de vue des hôpitaux les coûts induits dépassent les avantages. Cependant, des facteurs de coûts tels que l'absentéisme, la rotation du personnel, la mobilité et la mortalité doivent être considérés comme une charge récurrente pour les systèmes de santé et la société en général.

Manque d'outils efficaces de mesure de la charge de travail

Les outils de mesure commercialisés sont incapables de rendre compte de plus de 40% du travail des infirmières.

Ces outils ne suffisent pas à résoudre tous les problèmes de cet ordre.

Depuis de nombreuses années, la profession infirmière s'efforce de quantifier le travail des infirmières. La recherche dans ce domaine est surtout menée dans les contextes de soins aigus des grands hôpitaux universitaires. Il est admis que les outils de mesure commercialisés sont incapables de rendre compte de plus de 40% du travail des infirmières dans certains contextes. Bien qu'utiles à l'identification des rôles d'infirmières, la plupart de ces outils ne peuvent en restituer les aspects cognitifs et intellectuels. Des fonctions aussi importantes que la coordination et la prise de décision ne sont ni décrits ni quantifiés de manière satisfaisante. C'est ainsi que, si ces outils sont effectivement utilisés dans les débats sur la sécurité de la dotation en effectifs, ils ne suffisent pas à résoudre tous les problèmes de cet ordre. Une étude récente du CII (2004) résume les problèmes rencontrés dans la mesure du travail des infirmières. Il est certain que des questions telles que le travail au sein d'équipes de soins interdisciplinaires et la contribution croissante des patients et de leurs familles compliquent encore la perception des rôles respectifs de chacun des intervenants. Ceci dit, l'importance de disposer d'effectifs d'infirmières professionnelles suffisants est une notion bien documentée (Baumann, Deber, Silverman & Mallette 1998).

CHAPITRE 5
Comment faire ?

Les initiatives concernant les dotations en effectifs peuvent être favorisées de différentes manières.

Législation

Certains pays ont introduit des lois destinées à améliorer la dotation en effectifs d'infirmières. Aux États-Unis par exemple, c'est l'American Nurses Association (ANA) qui a donné l'impulsion à une législation spécifique (The ANA Talks 2001), adoptée en réponse aux conséquences de graves pénuries : heures supplémentaires, détérioration de la sécurité et des soins aux patients. La loi, adoptée par la Chambre des représentants en décembre 2003, prévoit notamment :

- La protection des infirmières qui dénoncent l'insécurité des conditions de travail.
- La collecte et la diffusion de données sur la qualité des soins dans une perspective infirmière (niveaux de dotation en personnel pour la fourniture de soins sécurisés, etc.).
- L'introduction d'outils plus efficaces pour le calcul des niveaux de dotation et de composition des effectifs.

Des ratios d'infirmières ont été formellement adoptées en Californie et dans l'État australien de Victoria.

Une autre approche de la sécurité des effectifs consiste à imposer des ratios d'infirmières (CII sans date). Si de telles mesures ont été recommandées en Belgique sur la base d'ensembles de données minimales (CII 2004), elles n'ont été formellement adoptées qu'en Californie et dans l'État australien de Victoria. Il faut toutefois relever que 14 autres états de l'Union envisagent d'adopter des lois de ce genre (CFNU 2005). Les ratios représentent le nombre maximal de patients qui peuvent être assignés à une infirmière pendant une période de travail; ils peuvent varier en fonction des unités de soins (CNA 2003). Les ratios appliqués en Californie sont régis par la loi 394 adoptée en 1999; ils reflètent les principes fixés par l'ANA pour la gestion des effectifs infirmiers (ANA, 1999). La loi a été votée en réponse à une crise dans les soins aux patients, pour remédier aux pénuries d'infirmières, pour protéger la sécurité des patients et pour améliorer la situation de la profession infirmière en Californie (CNA 2003).

Plusieurs auteurs ont tenté de quantifier les effectifs requis pour faire face aux différents états de santé de patients, mais ce calcul est très complexe.

Plusieurs auteurs ont tenté de quantifier les effectifs requis pour faire face aux différents états de santé de patients, mais ce calcul est très complexe. Hurst (2002) propose d'autres approches de l'estimation de la taille et de la composition des équipes d'infirmières (voir annexe 6). Il évalue notamment un algorithme basé sur le jugement professionnel, une formule de calcul du nombre d'infirmières par période de travail, la méthode de l'infirmière par lit occupé, la méthode temps par tâche / activité et des méthodes d'analyses régressives. Tous ces systèmes exigent, pour leur application, une grande quantité de données, ce qui les rend d'autant moins adaptés aux contextes connaissant déjà des carences en personnel. Hurst analyse les forces

et faiblesses de chacune de ces approches. Plusieurs autres études intéressantes évoquent les avantages et inconvénients des ratios d'infirmières.

Avantages :

- Certaines études montrent qu'un ratio infirmière/patients favorable joue un rôle important en matière de résultats de soins aux patients (Dimick, Swoboda, Pronovost & Lipsett 2001; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi & Jawad 2003).
- Amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients (CFNU 2005).
- Amélioration du recrutement et de la rétention des infirmières (CFNU 2005; CNA 2003).
- Amélioration du bien-être des infirmières, renforcement du moral, chute du nombre d'accidents du travail, meilleure satisfaction et stress réduit (CFNU 2005).
- Meilleure capacité à fournir des services au public (CFNU 2005).
- Renforcement de la confiance placée dans le système de santé publique (CFNU 2005).
- Diminution de la dépendance vis-à-vis des agences de recrutement d'infirmières (CFNU 2005).
- Absence de mesures d'application dans les plans volontaires de dotation en effectifs (CFNU 2005).

Inconvénients :

- Les études avancent relativement peu de preuves cliniques justifiant l'introduction de ratios minimaux dans les hôpitaux de soins aigus (Bolton et al. 2001; Lang, Hodge, Olson, Romano et Kravitz 2004).
- L'application systématique de ces ratios est coûteuse; elle doit s'accompagner des mesures financières adéquates.
- Les ratios reflètent mal les besoins des patients et la complexité des soins exigés (CFNU 2005).
- Mesure trop générale pour répondre précisément aux exigences en effectifs.
- Ne rendent pas compte des changements d'acuité de l'état des patients, ni de l'organisation des unités de soins infirmiers, de la présence de personnel d'appui ou de soignants volontaires, ni de l'existence de moyens techniques.
- Ne corrigent pas toujours des problèmes endémiques liés aux contextes de travail et ne sont pas applicables aux contextes internationaux.

Une étude montre que des ratios infirmière / patients de 1 pour 4 sont rentables et associés à une diminution de la mortalité des patients.

Comment déterminer des ratios d'infirmières qui soient sûrs ? Une étude a analysé la rentabilité de ratios infirmière/patients variant de 1 à 4 à 1 pour 8. Selon ses auteurs, le ratio de huit patients par infirmières, s'il se révèle plus économique, entraîne aussi une mortalité des patients accrue. Ils concluent que, dans l'optique de la sécurité des patients, des ratios d'une infirmière pour quatre patients sont raisonnablement rentables (Rothberg, Abraham, Lindenauer & Rose 2005). Cependant, ces ratios dépendent de nombreux facteurs, comme par exemple l'acuité des patients et le niveau de soins qu'elle exige. Les facteurs de coûts dépendent aussi de la perspective du payeur, hôpital, système de santé ou société en général.

Jugement professionnel

Plutôt que l'action législative, certains auteurs préconisent l'adoption par les organisations de leur propre définition de la sécurité du niveau des effectifs.

Plutôt que l'action législative, certains auteurs préconisent l'adoption par les organisations de leur propre définition de la sécurité du niveau des effectifs. Cette définition serait basée sur l'acuité des patients, la composition du personnel, etc. L'ANA est aussi favorable à l'application du jugement professionnel, tel qu'il est prévu par la loi sur la qualité des soins infirmiers adoptée en 2004. Cette loi est basée sur plusieurs recommandations de l'ANA : les niveaux de dotation en effectifs doivent être fixés compte tenu de l'expérience des infirmières impliquées dans les soins directs ainsi que du nombre des patients, de leur état de santé et de la disponibilité de systèmes et ressources d'appui (ANA 1999; Artz 2005; Donnellan 2003; «Safe Staffing Initiatives» 2004). Cette approche permet d'intégrer les apports des différentes catégories de soignants qui participent aux soins.

Cadres professionnels

Certaines infirmières sont confrontées à un manque de soutien local dans leur recherche de mesures favorisant la dotation sûre en effectifs.

Certaines infirmières sont confrontées à un manque de soutien local dans leur recherche de mesures favorisant la dotation sûre en effectifs. Des organisations comme le CII proposent de leur côté des cadres pour la fourniture des soins (CII 2004). Ces documents préconisent des mesures encourageant des environnements de travail sains et garantissant la disponibilité d'effectifs d'infirmières suffisants pour remplir les tâches prévues (CII 2000). Idéalement, les infirmières devraient pouvoir s'appuyer, au niveau local, sur des cadres réglementaires, des directives concernant la pratique professionnelle et des codes de bonnes pratiques, autant d'outils de soutien à leur action et renforçant l'importance des soins infirmiers (Pan American Health Organization 2004; OMS 2002). Faute de tels outils, les infirmières doivent faire appel à une documentation externe pour renforcer leur argumentation en faveur de meilleurs niveaux de dotation en personnel. Les sites Internet de nombreuses organisations contiennent une véritable mine d'informations à ce sujet.

CHAPITRE 6

Rôle des associations nationales d'infirmières

Recherche

Les associations nationales d'infirmières (ANI) peuvent user de leur influence pour orienter les programmes de recherches au niveau local, national et international en identifiant les domaines prioritaires et les lacunes dans l'information. Par leur mise en réseau avec des institutions d'éducation et de recherche, elles servent de sources de données ou d'expertise; parfois, elles sont elles-mêmes à l'initiative des recherches. Les associations professionnelles d'infirmières sont des partenaires sociaux crédibles. Elles méritent pleinement de recevoir des fonds destinés à la collecte de données et à l'analyse de situations.

Élaboration de politiques

Les dirigeantes infirmières proactives sont bien informées des réalités du terrain et expertes en matière de résolution des problèmes. Les intervenants du secteur de la santé et les infirmières recherchent des appuis auprès des ANI pour la mise en place de stratégies de lutte contre les pénuries d'effectifs qui affectent la plupart des systèmes de santé au niveau mondial. Les ANI ont introduit des processus d'accréditation des organisations de soins de santé. La sécurité de la dotation en effectifs est un critère important de ces processus. Leur action en matière d'élaboration de politiques a généré une nouvelle fonction pour les ANI, lesquelles assument désormais un rôle renforcé dans le secteur de la santé.

Les représentantes d'ANI participent souvent activement aux instances nationales de réglementation. Dans certains cas, les ANI font elles-mêmes office d'instance régulatrice des infirmières et de la profession infirmière. Dans cette capacité, elles sont appelées à mettre au point des cadres favorisant la sécurité des patients. De tels cadres doivent inclure des mesures propres à assurer la sécurité des niveaux de dotation en effectifs ainsi que des mécanismes de surveillance et d'application des politiques liées. Les registres professionnels tenus par les ANI peuvent constituer une source importante de données sur les flux migratoires.

Défense des droits

Les ANI militent activement pour des environnements de travail sains et pour des pratiques sûres en matière d'effectifs de personnel soignant.

Les ANI militent activement pour des environnements de travail sains et pour des pratiques sûres en matière d'effectifs de personnel soignant. Elles agissent au niveau national ou au sein de groupes d'intérêt sectoriels. Par exemple, Adkinson (2004) analyse une prise de position de la société des infirmières en pédiatrie (SPN), dans laquelle elle demande que les unités pédiatriques soient dotées des effectifs nécessaires. La recommandation est basée sur des études qui montrent une augmentation des taux de morbidité et de mortalité des patients en l'absence d'effectifs suffisants. La NCNA (2005) a également pris position sur ce sujet. Elle soutient les initiatives de promotion de niveaux sûrs de dotation en effectifs et approuve aussi bien la loi sur la sécurité des effectifs (*RN Safe Staffing Act*) que les

principes édictés par l'ANI dans ce domaine (cf. annexe 5). Selon la NCNA, il est important que les résultats en termes de dotation en effectifs soient clairement catégorisés entre soins aux patients, vie professionnelle des infirmières et catégories organisationnelles.

Représentation

Les ANI doivent représenter et défendre leurs membres traduits devant la justice ou les instances régulatrices.

La justice est de plus en plus souvent appelée à se prononcer sur des affaires concernant le secteur de la santé. Les infirmières sont souvent tenues pour juridiquement et financièrement responsables d'événements indésirables causés par des problèmes systémiques (comme l'insuffisance des effectifs), plutôt que par des comportements individuels. Les ANI doivent donc représenter et défendre leurs membres traduits devant la justice ou les instances régulatrices.

Certaines associations sont parvenues à faire adopter des lois protégeant les personnes dénonçant des pratiques dangereuses, après que tous les moyens de régler ces problèmes à l'interne aient été épuisés.

Négociation

La planification des ressources humaines est fréquemment citée comme l'une des premières mesures à prendre pour remédier aux pénuries de main-d'œuvre infirmière. Les ANI ont un rôle très important à jouer dans la défense des infirmières et de la profession infirmière, dans la négociation autour du recrutement d'un nombre suffisant d'infirmières (places d'étudiantes, subventions et bourses). Elles doivent aussi promouvoir des conditions de travail propices à la rétention d'infirmières compétentes (niveaux sûrs de dotation en effectifs).

Au niveau mondial, les ANI sont impliquées directement ou indirectement dans les négociations autour des conditions de travail de leurs membres. Les conventions collectives favorables aux niveaux sûrs de dotation en effectifs sont des instruments juridiquement contraignants qui garantissent des charges de travail raisonnables et, donc, la sécurité des patients. La négociation n'intervient pas seulement dans le contexte professionnel, mais aussi au niveau des représentations nationales (Parlements, etc.). Comme nous l'avons montré, certaines lois régionales et provinciales ont permis l'introduction de mesures favorables à la dotation en effectifs. Ceci n'aurait pas été possible sans la participation active des ANI concernées. La sécurité de la dotation en effectifs exige l'adoption d'une approche coordonnée, les ANI mobilisant leurs ressources et leurs réseaux.

CHAPITRE 7
Recommandations

Dans certains contextes, les problèmes d'effectifs atteignent des proportions véritablement alarmantes. La problématique de la sécurité de la dotation en effectifs est révélatrice de nombreuses difficultés liées aux soins aux patients. Nous disposons d'une quantité croissante de données attestant de la nécessité de disposer du personnel infirmier indispensable à la fourniture de soins de santé complets. Les contextes de soins, si différents soient-ils, partagent au moins une caractéristique : tous ont besoin de personnel qualifié. Ce besoin dépasse largement le minimum requis pour la fourniture de soins de qualité inférieure : il s'agit, au contraire, de disposer du personnel capable de prodiguer des soins de la meilleure qualité possible. Nous présentons ci-après quelques recommandations visant à améliorer la dotation en personnel de santé. Ces recommandations concernent les associations professionnelles.

1. Déterminer l'étendue du problème.

2. Définir quel est le niveau de dotation en personnel requis compte tenu des besoins des patients.

3. Rassembler toutes les données pertinentes.

4. Appliquer un outil d'évaluation pour définir plus précisément où résident les difficultés.

5. Préparer un plan de communication capable d'influencer les prises de décision.

6. Utiliser les outils proposés pour récolter les informations générales à l'appui des initiatives de sécurisation des effectifs.

7. Participer aux activités de planification et de développement des politiques nationales de ressources humaines de la santé.

8. Appuyer les études d'impact visant à déterminer les conséquences des changements potentiels ou effectifs suscités par les actions politiques, en termes aussi bien de conditions de travail du personnel que de sécurité des patients.

9. Faire pression sur les employeurs pour qu'ils garantissent des environnements de travail sûrs et des niveaux d'effectifs adéquats.

10. Éduquer le public quant à l'importance des services de soins infirmiers.

11. Collaborer à des initiatives locales d'amélioration des conditions de travail des infirmières.

EFFECTIFS SUFFISANTS
=
VIES SAUVEES

OUTILS POUR L'ACTION

Annexe 1

Outil d'évaluation de la dotation en effectifs infirmiers

Organisation / contexte de travail, côté employeurs

- L'organisation / le contexte de travail dispose-t-il de tout l'équipement nécessaire à la fourniture des soins aux patients ?
- L'organisation / le contexte de travail est-il architecturé de telle sorte que le personnel peut y œuvrer de manière fonctionnelle ?
- L'organisation / le contexte de travail applique-t-il des politiques relatives à la dotation en effectifs ? L'application de ces politiques est-elle contrôlée ? Les politiques sont-elles régulièrement révisées ? Existe-t-il des procédures d'arbitrage en cas de conflit ?
- L'encadrement des services infirmiers jouit-il d'une place importante dans la hiérarchie de l'institution ? Joue-t-il un rôle moteur dans la planification stratégique et institutionnelle ?
- Les infirmières sont-elles équitablement rétribuées pour leur travail ? Les conditions de travail sont-elles propices au recrutement et à la rétention du personnel ?

Infirmières

- La composition des effectifs infirmiers fait-elle la part nécessaire au personnel qualifié ?
- La complexité des cas des patients est-elle prise en compte dans la détermination de la charge de travail des infirmières ?
- La charge de travail des infirmières fait-elle l'objet de révisions régulières ? L'impact de tâches telles que l'éducation et la gestion administrative est-il pris en compte ?
- Les infirmières sont-elles impliquées dans les décisions concernant la dotation en effectifs ?
- Les infirmières contrôlent-elles leur propre santé ?

Gouvernements

- Les politiques gouvernementales favorisent-elles des effectifs infirmiers suffisants pour répondre aux besoins de santé des populations ?
- Existe-t-il un cadre pour les ressources humaines de la santé ?
- La composition du personnel de santé prévoit-elle un mélange des compétences ? Ces compétences sont-elles exploitées au sein des équipes soignantes ?
- Des politiques d'immigration et de rétention existent-elles pour parer à toute éventualité de pénurie de personnel infirmier ?
- Le gouvernement est-il impliqué dans le financement et dans la gestion quotidienne du système de santé ?
- Le gouvernement a-t-il introduit un cadre réglementaire favorisant les bonnes pratiques en matière de dotation en effectifs ?
- Le gouvernement mène-t-il des études d'impact avant l'introduction d'amendements législatifs qui affecteront la demande de main-d'œuvre ?
- Les infirmières sont-elles équitablement rétribuées pour leur travail ?

Associations nationales d'infirmières

- Les ANI appuient-elles des processus d'accréditation des organisations de soins de santé tenant compte de la sécurité de la dotation en effectifs ?
- L'ANI promeut-elle et milite-t-elle pour des environnements de travail sûrs pour les infirmières ?
- L'ANI veille-t-elle à éduquer les intervenants du secteur sanitaire (notamment les employeurs) sur les bonnes pratiques en matière de dotation en effectifs ?
- L'ANI encourage-t-elle le développement professionnel des infirmières ? Propose-t-elle des activités dans ce sens ?
- Des alliances sont-elles recherchées avec des organisations de patients ou d'autres groupes professionnels afin de coordonner les réponses aux problèmes de charges de travail ?
- L'ANI contribue-t-elle à la définition des axes de recherche ? Participe-t-elle aux évaluations de la capacité et du rendement de la force de travail infirmière ?

Institutions pédagogiques

- Les institutions de formation veillent-elles à ce que les programmes pédagogiques équipent les infirmières des compétences nécessaires à la conception, à la planification, à l'application et à l'évaluation des soins, et ce d'une manière qui génère dans le même temps des informations utiles concernant la charge de travail et l'acuité des états des patients ?
- Les institutions de formation offrent-elles un accès flexible à l'éducation, en appui aux initiatives visant à l'amélioration du recrutement et de la rétention ?
- Les éducateurs sont-ils consultés dans les discussions concernant l'offre locale et dans la concertation politique générale ?

Instances régulatrices

- Les instances régulatrices procèdent-elles régulièrement à des évaluations des domaines de pratique et des compétences requises pour la fourniture des soins infirmiers actuels ?
- Les données contenues dans les registres professionnels sont-elles exploitées dans le cadre des décisions de planification de la main-d'œuvre ? Dans l'évaluation des initiatives de recrutement et de rétention du personnel ?
- L'instance régulatrice procède-t-elle à des analyses régulières des tendances en matière de plaintes, de dénonciations et de résultats de santé, de manière à alerter les employeurs et les autorités de problèmes émergents ?
- Les régulateurs rencontrent-ils régulièrement les représentants d'autres secteurs (éducation, santé, travail, etc.) ?

Sécurité des niveaux de dotation en effectifs : que peuvent faire les infirmières ?

- Faire pression pour l'instauration d'environnements de travail et de niveaux de dotation en personnel sûrs, dans les institutions de santé, dans les communautés ainsi qu'au plan national. Envoyer des courriels ou des lettres, rendre des visites d'information aux fonctionnaires gouvernementaux, aux administrateurs d'hôpitaux et d'institutions de soins communautaires, ainsi qu'à d'autres responsables dont l'action influence la pratique infirmière. Recommander l'introduction de ratios sûrs et adaptés aux contextes locaux et institutionnels. Demander l'application de mesures de sécurisation de la dotation en effectifs lors des négociations collectives. Démontrer l'importance de la dotation en effectifs pour la sécurité des patients; montrer quels types de soins pourraient être dispensés si le personnel nécessaire était disponible.

- Faire en sorte que la voix de la profession infirmière soit écoutée au niveau national, ce qui lui ouvrira la porte de la participation à la planification, à la gestion et au développement des ressources. Utiliser les outils proposés pour récolter les informations générales à l'appui des initiatives de sécurisation des effectifs. Faire en sorte que les données contenues dans les registres professionnels sont exploitées dans le cadre des décisions de planification de la main-d'œuvre et dans l'évaluation des initiatives de recrutement et de rétention du personnel.

- Développer et diffuser des prises de position, fiches d'information et communiqués de presse relatifs à la dotation en effectifs et à la sécurité des patients (cf. exemples). Communiquer le plus largement possible, en envoyant des exemplaires des publications (journaux, bulletins d'information) de votre ANI à la presse locale et nationale.

- Définir le champ d'action de la profession infirmière et des membres de l'équipe soignante. Déterminer les compétences spécifiques et partagées de chacun de ces intervenants. Demander la révision régulière des domaines de pratique et des compétences requises pour fournir des soins de la meilleure qualité possible.

- Obtenir l'appui d'intervenants extérieurs au secteur infirmier. Créer des partenariats avec d'autres professionnels de la santé. Organiser des séances de formation sur les problèmes de sécurité du public et des patients et de dotation en effectifs. Faire des présentations devant des groupes religieux ou communautaires, des associations de femmes, etc. Informer les associations de patients et de consommateurs de l'importance d'une dotation en effectifs suffisants et de ratios infirmières / patients favorables.

- Faire passer des annonces dans la presse locale pour sensibiliser le public, les autorités et les administrations d'hôpitaux. Faire circuler des brochures et des posters, utiliser les médias et donner des interviews à la radio ou à la télévision.

- Soutenir la recherche et la collecte de données informant les bonnes pratiques. Faire connaître les recherches sur les niveaux de dotation en effectifs d'infirmières diplômées. Mener des études d'impact des politiques de santé sur la sécurité des patients et la force de travail.

- Décerner des distinctions aux institutions de santé qui appliquent des politiques de gestion du personnel sûres.

- Demander un accès flexible à l'enseignement des soins infirmiers et une amélioration des programmes de telle sorte que les infirmières disposent des compétences nécessaires à la conception, à la planification, à l'application et à l'évaluation des soins.

- Appuyer les mesures de renforcement des capacités des cadres en matière de planification, de gestion et de développement des ressources humaines.

- Diffuser le contenu de cette boîte à outil *via* le site Internet de l'ANI, des téléconférences et des séminaires. Le faire connaître à d'autres organisations intéressées. La disponibilité de la boîte à outils sur les sites Internet peut être notifiée aux personnes intéressées par courriel.

Annexe 3

Press Information Communiqué de presse Comunicado de prensa

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Sauver des vies grâce à une gestion intelligente des effectifs de santé

Les infirmières du monde entier demandent aux responsables politiques de mettre des effectifs adéquats à la disposition des institutions de santé

Genève, le 12 mai 2006 – Le manque de personnel dans les institutions de soins de santé prend des proportions alarmantes dans toutes les régions du monde. Les chiffres montrent que cette situation entraîne une augmentation importante de la durée des séjours hospitaliers, de la mortalité et de la morbidité des patients ainsi que des événements indésirables. Selon les résultats d'une étude, l'augmentation de la charge de travail d'une infirmière de quatre à six patients admis en chirurgie entraîne, pour chaque patient, une augmentation de 14% du risque de décès à trente jours.[1] Or, la charge de travail de nombreuses infirmières est en réalité déjà bien supérieure. À l'occasion de la Journée internationale de l'infirmière, les infirmières du monde entier demandent que soit introduite une véritable planification des ressources humaines de la santé. Elles demandent également l'adoption de ratios infirmières/patients favorables dans tous les contextes de soins de santé.

Il n'y a pas de doute : le nombre de travailleurs de la santé est un facteur important. «Les faits sont là : un nombre suffisant d'infirmières est indispensable à la santé des populations. Le renforcement des effectifs infirmiers (en termes de nombre et de répartition de l'ensemble des compétences) est associé à une chute du taux de mortalité des patients hospitalisés ainsi qu'à une durée d'hospitalisation raccourcie – une double économie en vies humaines et en moyens financiers», explique le Dr Hiroko Minami, Présidente du Conseil international des infirmières (CII). «Une bonne dotation en effectifs permet de réduire l'incidence des erreurs médicales, des infections de la voie urinaire postopératoires, des saignements gastro-intestinaux, des chutes, des pneumonies et des états de choc. La pénurie mondiale de personnel infirmier qui sévit actuellement menace directement la réalisation des Objectifs de développement pour le Millénaire».

---

[1] Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J & Silber J (2002). Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, *JAMA*. 288: 1987-1993

Un ratio infirmière/patients élevé n'a pas seulement une incidence négative sur les résultats pour les patients : il affecte aussi les infirmières, qui sont davantage sujettes à l'épuisement, à la fatigue psychique, au stress et à l'insatisfaction professionnelle. Les infirmières qui effectuent régulièrement des heures supplémentaires ou qui travaillent sans le soutien nécessaire sont sujettes à un plus fort taux d'absentéisme et leur santé se détériore – deux facteurs qui nuisent à la capacité des systèmes de santé de répondre aux besoins de santé des communautés.

Les contextes de soins, si différents soient-ils, partagent au moins une caractéristique : le besoin en personnel qualifié. Ce besoin dépasse le minimum requis pour la fourniture de soins de qualité inférieure. Les infirmières, leurs associations professionnelles et les intervenants du secteur de la santé sont confrontés à la nécessité de déterminer quels sont les niveaux sûrs de dotation en effectifs, compte tenu des exigences des patients et des données disponibles concernant la pratique clinique et la main-d'œuvre. Il leur appartient également de démontrer et de faire connaître l'importance d'une dotation suffisante en effectifs, de créer des alliances à l'appui des initiatives prises dans ce sens, de mener des études d'impact et de préparer enfin des plans de communication capables d'influencer les prises de décision.

Pour aider les infirmières, les gérants d'hôpitaux, les gouvernements et le grand public à comprendre ce sujet important et complexe, le CII a préparé une documentation disponible sur son site Internet www.icn.ch.

Note

Le Conseil international des infirmières est une fédération de 129 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières à travers le monde. Géré par des infirmières pour des infirmières depuis 1899, le CII est la voix internationale des infirmières. Il œuvre dans le but de garantir des soins de qualité pour tous et de solides politiques de santé partout dans le monde.

Pour d'autres renseignements, veuillez prendre contact avec
Linda Carrier-Walker
Téléphone : (+41 22) 908 0100 - Fax : +41 22 908 0101
Courriel : carrwalk@icn.ch - site Internet : www.icn.ch

Annexe 4

Le saviez-vous…? Faits et chiffres

- Par niveau de dotation en effectifs sûr, on entend la disponibilité en tout temps d'un nombre suffisant de collaborateurs dotés des compétences nécessaires à la fourniture des soins aux patients dans des conditions de travail exemptes de danger.

- Aux États-Unis, 98 000 personnes meurent chaque année des suites d'erreurs médicales commises dans les hôpitaux, soit davantage que les décès par accidents de voitures, cancer du sein ou sida. Les charges de travail trop élevées et l'insuffisance des effectifs sont deux facteurs importants de ces décès.

- La présence d'un plus grand nombre d'infirmières autorisées dans le profil des qualifications permet de réduire la morbidité et la mortalité des patients, de réduire la survenue d'événements indésirables, de raccourcir la durée des séjours hospitaliers et d'améliorer la satisfaction des patients. Les infirmières travaillant dans de tels environnements font état d'une plus grande satisfaction au travail, de moins de stress et d'épuisement. Les taux d'absentéisme et de rotation sont également diminués, ce qui favorise la continuité et la qualité des soins.

- Dans une unité de soins de patients séropositifs, le fait d'ajouter une infirmière par journée de patient a permis de diminuer la mortalité à trente jours de 50%.

- Des recherches ont montré qu'un nombre réduit d'infirmières dans les équipes de nuit augmente le risque de complications pulmonaires postopératoires et de chutes et qu'il diminue la satisfaction des patients en matière de gestion de la douleur.

- Des chercheurs ont découvert que, pour une infirmière chargée de quatre patients en chirurgie, l'ajout d'un patient entraîne une augmentation de 7% de la probabilité de décès dans les trente jours suivant l'admission et de 7% également des risques d'échecs thérapeutiques.

- Une proportion plus élevée d'heures consacrées aux soins quotidiens par des infirmières diplômées, ainsi qu'un plus grand nombre absolu d'heures de soins quotidiens accomplies par les mêmes infirmières, sont associés à une durée d'hospitalisation réduite et à des taux inférieurs d'infections de la voie urinaire, de saignements gastro-intestinaux, de pneumonies, d'états de choc et d'arrêts cardiaques ainsi qu'à un nombre réduit d'échecs thérapeutiques.

- Les mesures d'amélioration de la dotation en effectifs sont rentables pour les individus, les systèmes de santé et la société en général. Pour les organisations, le fait de disposer d'un nombre adéquat d'infirmières et de médecins constitue un avantage compétitif vis-à-vis des autres hôpitaux.

- En période de pénuries de soins infirmiers, les mesures prises pour l'amélioration de la dotation en effectifs favorisent la rétention ou le retour des infirmières dans la pratique. Elles constituent donc une stratégie efficace dans ce domaine.

- La responsabilité est plus grande dans les contextes cliniques dépourvus des infrastructures et des effectifs nécessaires.

- Des cadres politiques de gestion des ressources humaines sont essentiels pour guider les décisions dans le domaine de la dotation en effectifs d'infirmières.

Association des infirmières des États-Unis

Principes de la dotation en personnel infirmier

Matrice décisionnelle en matière de taux d'occupation des postes

Objets	Éléments / définitions
Patients	Caractéristiques et nombre des patients à qui les soins sont prodigués.
Intensité de l'unité et des soins	Intensité de patients individuels; intensité au sein de l'unité (compte tenu de l'hétérogénéité des contextes); variabilité des soins; admissions, renvois et transferts; quantité.
Contexte	Architecture (dispersion des patients, taille et disposition des chambres, organisation spatiale des unités de soins, etc.); moyens techniques (bipeurs, téléphones portables, ordinateurs); regroupements de patients.
Expertise	Durée d'apprentissage des infirmières (individuellement et en groupe); cohérence, continuité et cohésion du personnel; vérification de la pratique; attentes professionnelles; formation et expérience; accès à la formation continue.

Principes de la dotation en personnel infirmier

Les neuf principes ci-après ont été identifiés par un panel d'experts en soins infirmiers et adoptés par le Conseil d'administration de l'ANA le 24 novembre 1998 :

Unités de soins

1. Les niveaux d'effectifs dans les unités de soins aux patients doivent refléter les besoins individuels et consolidés des patients.
2. Il est nécessaire de remettre en question l'utilité de la notion d'heures d'infirmières par journée de patient.
3. Les fonctions d'appui à la fourniture de soins aux patients de qualité doivent aussi être prises en compte dans la détermination des niveaux de dotation en personnel.

Personnel

4. Les besoins spécifiques des populations de patients doivent déterminer les compétences cliniques requises pour la pratique infirmière dans ces domaines.
5. Les infirmières diplômées doivent être soutenues par leur encadrement et être représentées aux niveaux administratif et opérationnel.
6. Les infirmières expérimentées doivent épauler leurs collègues dotées de moins d'expérience.

Organisation / institution

7. L'organisation de chaque établissement doit refléter un climat organisationnel où les infirmières diplômées et les autres collaborateurs sont considérés comme autant d'atouts stratégiques. Les postes financés doivent être pourvus de manière opportune.
8. Toutes les institutions doivent disposer de compétences documentées concernant tout le personnel infirmier, y compris le personnel temporaire ou recruté via des agences et les infirmières itinérantes; les compétences doivent couvrir toutes les activités autorisées.
9. Les politiques institutionnelles doivent prendre en compte la multiplicité des besoins des patients et du personnel infirmier.

Sélection et application de méthodes d'estimation de la taille et de la composition des équipes d'infirmières

D'après une revue systématique de la littérature, commandée par le Département de la santé (Royaume-Uni), avril 2002, et effectuée par le Dr Keith Hurst, Institut de santé Nuffield, Université de Leeds.

Introduction

Le but de ce rapport est de vous aider à y voir clair dans le domaine complexe et incertain de la planification de la main-d'œuvre infirmière, ainsi que de vous permettre de prendre des décisions informées quant à la composition et à la rentabilité des effectifs d'infirmières. Nous allons décrire cinq méthodes courantes de planification de la main-d'œuvre.

Ces méthodes ont fait, ailleurs, l'objet d'analyses très détaillées de leurs forces et faiblesses :

1. Approche par jugement professionnel.
2. Méthode des infirmières par lit occupé.
3. Méthode acuité-qualité.
4. Méthode de quantification des tâches / activités.
5. Systèmes basés sur les régressions.

Les explications et les exercices concernant ces cinq méthodes d'évaluation de la taille et de la composition de vos équipes d'infirmières sont plus ou moins complexes. Les calculs précis selon chaque méthode sont expliqués dans le rapport du Dr Hurst. Consultez l'adresse Internet indiquée à la fin de cette synthèse.

Méthode du jugement professionnel

Cette technique vous aide tout simplement à convertir vos tableaux de services en équivalents plein-temps (EPT). Comme le montre l'algorithme ci-après, cette méthode est simple d'emploi et constitue un excellent point de départ avant d'aborder les autres méthodes, plus complexes. Elle vous permettra de procéder à des ajustements rapides après des modifications internes (réorganisation des pauses, du passage de témoin entre équipes, etc.) Imaginons une unité chirurgicale de quinze lits. On décide d'affecter trois infirmières aux équipes du matin et de l'après-midi, deux infirmières à l'équipe de nuit. Le passage du témoin entre l'équipe du matin et celle de l'après-midi dure trente minutes, entre l'équipe de l'après-midi et celle du soir, quinze minutes. Libre à vous d'adapter l'algorithme avec vos propres données.

Tableau 1 : formule de dotation en effectifs basée sur le jugement professionnel, pour sept jours dans une unité donnée

- **Étape 1.** Calculer le nombre d'heures travaillées nécessaires.

Équipe du matin : de 0700 à 1430	= 7,5 h x 3 infirmières x 7 jours	157,5 h
Équipe de l'après-midi : de 1200 à 2130	= 7,5 h x 3 infirmières x 7 jours	157,5 h
Équipe de nuit : de 2115 à 0715	= 10 h x 2 infirmières x 7 jours	140 h
Total	=	455 h

Ce calcul ne tient pas compte des vacances, congés-maladie, etc. Il faut donc introduire un facteur correctif : le taux de 22% utilisé ici est celui calculé dans une étude portant sur 300 unités de soins généraux au Royaume-Uni. Vous pouvez tout aussi bien utiliser le taux applicable à votre propre établissement (demandez au service du personnel).

- **Étape 2.** Ajustement.

455 h x 1,22 (taux d'absences)	= 555,1 h / 35 h (1 EPT)	= 14,8 EPT

Ce schéma 3 / 3 / 2 pour une petite unité de soins chirurgicaux exige donc près de 15 postes à équivalent plein temps.

Avantages

- Rapide, simple, économique.
- Applicable à n'importe quelle spécialité, quel que soit le nombre d'heures travaillées quotidiennement dans le service.
- Résultats faciles à actualiser.
- Faible ajustement nécessaire pour d'autres groupes de soins.
- Les effets de l'ajustement des effectifs infirmiers sur la qualité des soins et sur la satisfaction au travail peuvent être mesurés par des enquêtes.

Cette méthode est souvent utilisée pour confirmer les résultats d'autres méthodes plus élaborées. Deux séries de résultats similaires émanant de deux approches ou davantage ("triangulation") confèrent un certain degré de certitude à vos décisions.

Désavantages

- La relation entre niveaux de dotation en effectifs et qualité des soins infirmiers est difficile à établir : comment savoir si 25,5 infirmières à EPT suffiront à maintenir un niveau de soins acceptable, ou à garantir une répartition équitable des charges de travail et, donc, à favoriser la rétention du personnel ?
- Moins de flexibilité face à des changements dans le nombre et surtout dans la dépendance des patients (autrement dit l'unité de soins sera souvent en situation de sureffectif ou de sous-effectif).
- Trop subjectif : les professionnels peuvent-ils vraiment déterminer leur propre niveau de dotation sans contrôle indépendant ?

- Le calcul devient compliqué dès lors qu'il met en jeu des longues journées de travail, par exemple. Cependant ce problème peut être résolu par les moyens informatiques (Excel).

Méthode des infirmières par lit occupé

Le nombre moyen d'infirmières par lit occupé est une autre méthode, simple et répandue, de déterminer ou d'évaluer l'importance et la composition des effectifs.

Avantages

- Peut servir à confirmer les chiffres obtenus par la méthode du jugement professionnel.
- Très utile en cas de changement du nombre des lits dans l'unité et d'adaptation subséquente du nombre d'infirmières.
- Méthode simple de planification de l'aspect «demande» de la main-d'œuvre.
- Les formules appliquées aux principales spécialités sont uniques, car dérivées d'observations effectuées dans des unités similaires.
- Simplifie la détermination des établissements et la génération des grades de l'unité, car les formules sont regroupées par catégories d'infirmières.
- Les données sont facilement interprétables par logiciel (Excel).

Désavantages

- Part du principe que la dotation de base a été déterminée de manière rationnelle.
- Aucune garantie que les moyennes d'autres sources proviennent d'unités de soins offrant des niveaux de soins acceptables.
- Insensible aux changements dans la dépendance des patients : les formules recommandent le même nombre d'infirmières, que la dépendance des populations de patients soit faible ou forte.
- Les formules sont difficiles à actualiser.
- Les données récoltées dans le cadre d'opérations de routine (taux d'occupation des lits par exemple) sont plus souvent erronées que celles récoltées de manière systématique et volontaire : les données empiriques sont en effet généralement corroborées par d'autres sources.
- Contient des structures et processus cachés qui doivent être explicités.
- Les données proviennent parfois d'unités géographiquement éloignées des vôtres.
- Ne tient pas compte des contributions des infirmières en formation, ni du temps que les infirmières qualifiées doivent leur consacrer.

Méthode acuité-qualité

Un troisième moyen d'estimer ou d'évaluer l'importance et la composition des équipes d'infirmières est d'appliquer la méthode dite de dépendance / activité / qualité (dite aussi «acuité-qualité»). Cette méthode permet d'éviter la plupart des défauts des deux précédentes. Elle est utile dans les unités de soins dont le nombre et la composition des patients sont fluctuants. Elle est donc très appréciée des responsables des admissions des unités médicales et chirurgicales. Les formules employées ne sont pas seulement sensibles à l'importance numérique et à la composition des patients hospitalisés; elles permettent aussi de fixer un seuil en-dessous duquel les normes de soins infirmiers ne devraient pas tomber. Ces formules sont donc plus difficiles à construire et à appliquer. L'analyse requiert

généralement l'utilisation de logiciels tels Excel, surtout pour la conduite de simulations : que faire en cas d'afflux massif de patients à forte dépendance, etc.

Avantages

- L'algorithme s'accommode facilement des changements dans les variables (nombre de patients, dépendance, etc.).
- La méthode peut être appliquée à rebours : adapter l'occupation et la composition des états de dépendance des patients aux ressources infirmières disponibles.
- Une fois le logiciel programmé, il est possible de calculer les effectifs par équipes.
- Les indicateurs de performance infirmière (coût infirmier par lit occupé, etc.) dérivent naturellement de l'application de la méthode.

Désavantages

- Méthode complexe.
- Le nombre de minutes de soins directs par catégorie de dépendance doit être accepté tel quel, à moins que des valeurs locales d'activité des infirmières ne soient disponibles.
- Le fait d'utiliser des données externes (au lieu des données propres à l'établissement) peut créer un sentiment de dépossession.
- Le fait d'intégrer les données sur le nombre de patients, et l'activité infirmière qui y est liée, aux groupes de dépendance revient à faire l'impasse sur les caractéristiques individuelles des patients.
- La notion d'activité infirmière, utilisée pour calculer le temps infirmier requis, ne rend pas toujours compte de la dimension psychologique des soins aux patients. Cependant, la plupart des autres méthodes sont encore moins sensibles à cet aspect.
- La formule étant basée sur la charge de travail et sur le taux d'occupation, elle aboutit parfois à un nombre inférieur à une infirmière qualifiée par équipe.
- Les populations de moins de douze patients suscitent parfois l'apparition du syndrome de la «petite unité», surtout si la dépendance de ces patients est faible.
- La charge de travail des infirmières est accrue, du fait de la nécessité d'obtenir davantage d'informations sur les patients.
- La collecte de données fiables sur les activités infirmières est un processus onéreux : elle exige par exemple la présence de deux infirmières observatrices indépendantes, pendant plusieurs jours, dans l'unité observée.
- La composition des qualifications n'est pas forcément adaptée aux contextes particuliers : les politiques locales n'admettent pas toujours l'emploi d'assistantes de niveau 3 ou 4, par exemple. La reconfiguration de la composition des qualifications conformément à la politique locale, et l'ajustement simultané de l'algorithme acuité-qualité, sont des processus qui exigent une grande expérience du terrain et de hautes capacités.
- Se prête moins bien à la prévision du nombre de collaborateurs que certaines des méthodes présentées ci-après.

Méthode de quantification des tâches / activités

Cette méthode a émergé suite à la croyance que les méthodes basées sur l'acuité-qualité, par exemple, sont des indicateurs relativement peu efficaces pour la prévision d'effectifs. Certains analystes estiment que le type et la fréquence des

interventions infirmières par patients autorisent de meilleures prévisions que l'application du critère de dépendance des patients. Si les infirmières sont familiarisées avec l'application de plans de soins aux patients, la méthode consiste simplement à additionner les minutes consacrées à chaque intervention prévue dans le plan local, ce qui donne le nombre d'heures nécessaires. Cette méthode convient aux unités de soins qui disposent de plans systématiques et à celles dont les besoins des patients peuvent être prévus avec un certain degré de certitude (c'est le cas des unités dont les patients ont été admis après être passés par une liste d'attente).

Dans la pratique, les besoins en soins infirmiers directs des patients sont consignés, de manière électronique ou manuelle, dans un registre des interventions infirmières. Le nombre d'interventions infirmières disponibles varie de système en système. Chaque intervention étant liée à une durée d'exécution fixée localement, le plan des soins aux patients et les exigences en temps d'infirmières peuvent être déterminés avec exactitude. La valeur de chaque intervention est généralement la quantité de temps qu'il faut consacrer aux soins par patient et par tranche de 24 heures. Comme avec la méthode d'acuité-qualité, il faut tenir compte d'un facteur correctif reflétant les soins indirects prodigués et d'autres aspects de l'utilisation du temps des infirmières. De même, les pauses et congés doivent être factorisés; idéalement, la méthode doit être informatisée.

Avantages

- Produit des résultats qui peuvent être recoupés par d'autres méthodes.
- Intégration facile aux systèmes informatiques infirmiers.
- Adoption possible du système par d'autres contextes de soins de santé, sans perte d'intégrité.

Désavantages

- La plus chère des méthodes analysées.
- Requiert beaucoup de temps.
- Certaines infirmières sont scandalisées par la réduction de leur activité à une simple liste de tâches à accomplir.

Méthode par analyse régressive

Simplement dit, les méthodes régressives permettent de prévoir le nombre d'infirmières requis pour un certain niveau d'activité. L'indice est appelé «variable indépendante»; le résultat, soit le niveau de dotation en effectifs, est la «variable dépendante». L'analyse statistique est un exercice difficile. D'un autre côté, une fois la modélisation faite, il nous suffit de connaître la valeur de la variable indépendante pour pouvoir estimer l'importance de l'effectif (la variable dépendante). Par exemple, une étude a développé un modèle de dotation en effectifs infirmiers d'après l'analyse d'un échantillon d'unités de soins et de taux d'occupation des lits. L'analyse régressive a montré que le nombre d'infirmières (variable dépendante) augmentait en fonction du taux d'occupation des lits (variable indépendante) : il devenait ainsi possible d'estimer les besoins en personnel. Une autre variable indépendante citée dans la littérature est, par exemple, le nombre d'interventions chirurgicales quotidiennes. En résumé, la difficulté réside dans la collecte et l'analyse des données. Après quoi les calculs sont aussi simples que dans la méthode des infirmières par lit occupé.

Avantages

- Utile dans les situations où les prévisions sont possibles, comme par exemple le nombre d'admissions prévues.
- Aide les gestionnaires à prévoir et à faire face aux pics de demandes.
- Généralement moins chère, les données étant plus faciles à collecter et à agréger qu'avec d'autres méthodes.
- Très utile aux gestionnaires disposant de ressources limitées et qui ne peuvent se permettre de lancer ni études dépendance / activité / qualité complètes, ni analyses tâches/activités.
- Les résultats sont relativement faciles à recouper par d'autres moyens de preuve.
- Les formules produites sont jugées valides, fiables et plus faciles d'emploi que celles résultant des études dépendance/activité/qualité complètes et des études tâches/activités, plus détaillées et plus chères.
- Facilité d'application : la pertinence des recommandations concernant les effectifs est relativement facile à tester : il suffit de contrôler l'utilisation du temps infirmier par rapport aux normes de dotation en effectifs tirées des modèles régressifs.

Désavantages

- Nécessite les services d'une statisticienne pour la conception et la mise en place des méthodes de récolte des données nécessaire à l'application du modèle.
- La simple transposition à d'autres contextes de formules calculées pour un contexte particulier n'est pas recommandée, compte tenu de l'existence de variables uniques (organisation des unités de soins, etc.). Cependant, certains tests de validité et de fiabilité permettent de déterminer la sécurité de telles transpositions.
- Certaines variables indépendantes sont d'ordre qualitatif, alors que d'autres sont plutôt subjectives : ainsi de l'idée que se fait chaque responsable du niveau «idéal» de dotation en effectifs.
- Parfois, des données nominales doivent être attribuées à des variables, mais ce modèle est, en fait, basé sur des données d'intervalle ou des ratios.
- Les unités de soins sources des données de l'analyse régressive sont réputées opérer de manière efficace et rationnelle : on part du principe que les unités fournissant les données sur le taux d'occupation des lits ont ajusté leurs effectifs à la demande des patients.
- L'intégration de données émanant d'unités connaissant des niveaux d'absentéisme élevés, ou offrant des soins de mauvaise qualité, risque d'altérer et d'invalider les résultats.
- Le modèle n'est pas conçu pour prévoir des niveaux de dotation en effectifs dépassant son champ d'observation. Par exemple, si les données proviennent d'unités comptant au maximum vingt-cinq lits, l'extrapolation à des unités de trente lits conduira probablement à des erreurs, car il n'est pas prouvé qu'il existe, au-delà de vingt-cinq lits, de relation strictement linéaire entre les variables dépendantes et indépendantes.
- Certaines infirmières n'apprécient pas l'application de la méthode statistique, à cause d'un sentiment d'incompréhension et de dépossession.

Pour davantage d'information :

Le rapport complet du Dr Hurst est disponible sur l'Internet à l'adresse suivante (en anglais) :
www.nuffield.leeds.ac.uk/downloads/nursing_teams_summary_published.pdf.

Annexe 7

La santé et la sécurité des infirmières au travail

Prise de position du CII:

Le CII déplore le manque de législation appropriée, au niveau national, en ce qui concerne la santé et la sécurité des infirmières sur leur lieu de travail. Le CII déplore également que les mécanismes permettant aux employés de participer à la surveillance et à l'élimination des risques professionnels soient souvent inadéquats. Il déplore aussi l'insuffisance des ressources dégagées afin d'assurer des services optima de santé et de sécurité au travail et afin d'assurer une inspection du travail adéquate.

Le CII s'efforce de promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre de politiques ou d'instruments internationaux susceptibles de sauvegarder le droit des infirmières à un environnement de travail sain et sans risque, y compris grâce à la formation continue, à la vaccination et aux vêtements et équipements de protection. Le CII réaffirme que son mandat consiste notamment à encourager la recherche dans ce domaine et à diffuser l'information pertinente de manière régulière auprès des associations membres.

Le CII soutient fermement les diverses conventions de l'OIT traitant de santé et de sécurité au travail et estime que les associations nationales d'infirmières (ANIs) devraient :

- Exhorter leurs gouvernements respectifs à faire en sorte que toutes les institutions de santé respectent les dispositions de la loi en matière de santé et de sécurité au travail. Pour cela, les ANIs pourraient recourir au lobbying et à l'action politique individuelle et/ou collective.
- Lancer ou soutenir des recherches, dans leurs pays respectifs, sur la sécurité et la pertinence de l'environnement de travail des infirmières ainsi que sur les comportements, les attitudes, les procédures et les activités à risques.
- Sensibiliser le personnel infirmier, les employeurs ainsi que le public aux risques professionnels dans le secteur de la santé, y compris en ce qui concerne les abus et la violence.
- S'efforcer d'accroître la prise de conscience par les infirmières de leurs droits (en tant qu'employées) à un environnement de travail sain et sans risque ainsi que de leurs devoirs en ce qui concerne la protection de leur sécurité personnelle et la promotion de celle des autres.

- Convaincre les gouvernements et les employeurs d'adopter et de mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires afin de protéger la santé et le bien-être des infirmières exposées dans le cadre de leur travail, y compris lorsque cela est nécessaire par le biais de la vaccination.
- Exhorter les gouvernements et les employeurs à assurer l'accès du personnel infirmier - sans coût supplémentaire pour lui - à des mesures de protection (des vêtements par exemple) et à des équipements de protection adéquats.
- Encourager les infirmières à entreprendre les vaccinations qui s'imposent pour garantir leur santé et leur sécurité au travail.
- Coopérer avec les autorités compétentes afin d'assurer la mise à jour de la liste des maladies professionnelles et d'évaluer périodiquement la pertinence de cette liste pour le personnel infirmier.
- Soutenir les demandes d'indemnisation émanant d'infirmières en rapport avec des maladies ou des blessures liées au travail.
- Recueillir et diffuser l'information sur l'incidence des accidents, blessures et maladies liés au travail qui affectent les infirmières.
- Coopérer avec d'autres organisations qui soutiennent le droit du travailleur à un environnement de travail sain et sans risques.
- Reconnaître le lien important qui existe entre les travailleurs et leurs familles pour l'élaboration de politiques et de programmes de traitement culturellement appropriés en matière de santé et de sécurité au travail.
- Apporter leur soutien au droit qu'ont les infirmières de ne pas être intimidées dans l'exercice de leur fonction de conseil au patient.
- Plaider en faveur de la mise sur pied de mécanismes de contrôle adéquats à tous les niveaux afin d'assurer la mise en œuvre appropriée des politiques.
- Diffuser l'information concernant l'apparition de nouveaux risques sur le lieu de travail.
- Diffuser l'information sur le non-respect par les employeurs de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail, y compris s'agissant des mécanismes devant lesquels sont renvoyées de telles infractions.

Information de base:

Le CII reconnaît le rôle essentiel qu'ont la santé et la sécurité au travail pour la promotion de la santé. Le CII reconnaît en outre l'expertise croissante qu'on accumulée les infirmières dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail ainsi que la rentabilité des services assurés dans ce domaine aux employés.

Le CII soutient le rôle croissant joué par l'infirmière de santé professionnelle pour ce qui est de répondre aux besoins des travailleurs en matière de soins de santé primaire. Il demande pour ce type d'infirmière une rémunération équitable ainsi que des structures de carrière adéquates garantissant le développement professionnel.

L'environnement de travail de l'infirmière est souvent dangereux en raison:

- De la contamination de l'environnement par des déchets résultant de l'activité humaine et industrielle.
- Des risques (par exemple chimiques, biologiques, physiques, ou encore liés au bruit, aux radiations, au caractère répétitif du travail),
- De la technologie médicale - insuffisance de la maintenance ou de la formation concernant l'utilisation de cette technologie,
- De l'accès inadéquat à des vêtements de protection et à des équipements sûrs,
- Des sollicitations accrues dont font l'objet les ressources émotionnelles, sociales, psychologiques et spirituelles de l'infirmière qui travaille dans des cadres politiques, sociaux, culturels, économiques et cliniques complexes,
- Des incidents de violence, y compris le harcèlement sexuel ;
- Des faiblesses en matière d'ergonomie (conception et forme des équipements, du matériel et installations médicales) ;
- De l'allocation inadéquate de ressources humaines et financières ;
- De l'isolement.

Les soins fournis au patient tirent incontestablement profit d'un environnement de travail sain et sans risques pour le personnel de santé. Le CII relève que la plupart des gouvernements ne collectent pas d'informations précises et à jour sur l'incidence des accidents, des blessures et des maladies affectant le personnel infirmier alors qu'une telle démarche s'inscrit à la base même de toute formulation de politique solide. Le manque de données pertinentes est un sujet de grande préoccupation.

Dans certains pays, il n'existe tout simplement pas de législation en matière de santé et de sécurité au travail. Dans d'autres, les moyens permettant d'en surveiller l'application ainsi que les mécanismes disciplinaires à l'intention des employeurs qui ne la respectent pas sont inefficaces ou inexistants. D'autres pays encore se sont dotés d'une législation qui exclut les hôpitaux et les autres institutions de santé de son champ d'application.

> La convention n°149 de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur le personnel infirmier[1)] *demande aux Etats membres d'améliorer les lois et les réglementations existants en matière de santé et de sécurité au travail en les adaptant à la spécificité du travail infirmier et de l'environnement dans lequel il s'exerce. Le chapitre IX de la recommandation y afférente (n°157) développe plus avant les mesures jugées nécessaires afin de garantir la santé et la sécurité des infirmières au travail.*

[1)] Organisation internationale du travail, **convention n°149 et recommandation n°157 sur le personnel infirmier,** Genève, OIT, 1977.

Adoptée en 1987
Revue et mise à jour en 2000

Prises de position y afférentes:

- Réduire les dangers pour la santé liés à l'environnement et au style de vie
- Les infirmières et l'environnement naturel
- La consommation de tabac et la santé

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 120 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières à travers le monde. Géré par des infirmières pour les infirmières, le CII est la voix internationale de la profession infirmière et s'efforce de promouvoir des soins de qualité pour tous ainsi que de solides politiques de santé dans le monde.

Annexe 8

Sécurité des patients

Prise de position du CII :

La sécurité des patients est un aspect fondamental de la qualité de la santé et des soins infirmiers. Pour le CII, l'amélioration de la sécurité des patients exige que soit engagée toute une série d'actions dans les domaines suivants : recrutement, formation et rétention des professionnels de la santé, amélioration de la performance, sécurité environnementale et gestion des risques, y compris contrôle des infections, utilisation judicieuse des médicaments, sécurité de l'équipement, sécurité de la pratique clinique, sécurité de l'environnement de soins, ainsi que développement d'un corpus de connaissances scientifiques centrées sur la sécurité des patients et sur l'infrastructure nécessaire à son amélioration.

Les infirmières sont confrontées à la question de la sécurité des patients dans tous les aspects des soins. Cela comprend l'information aux patients (et à d'autres) en ce qui concerne les risques et leur prévention ; la promotion de la sécurité des patients ; et la consignation des événements indésirables.

La détection précoce des risques est très importante pour la prévention des accidents ; elle repose sur l'existence d'une culture de la confiance, de l'honnêteté et de l'intégrité, ainsi que sur une communication ouverte entre patients et fournisseurs de santé au sein du système de santé. Le CII est favorable à une approche globale, basée sur la transparence et l'ouverture, excluant toute démarche culpabilisante à l'encontre de l'individu et comprenant les mesures nécessaires à la correction des facteurs humains et systémiques à la source d'événements indésirables.

Le CII se déclare très préoccupé par la grave menace pour la santé des patients et la qualité des soins de santé que constitue le manque de personnel qualifié. La pénurie de personnel infirmier qui sévit actuellement constitue précisément une menace de cet ordre.

Le CII estime que les infirmières et leurs associations professionnelles nationales doivent :

- informer les patients et leurs familles des risques potentiels ;
- signaler dans les meilleurs délais les événements indésirables aux autorités compétentes ;
- prendre une part active dans l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins ;
- améliorer les communications avec les patients d'une part, les autres professionnels de la santé d'autre part ;

- faire du lobbying pour obtenir des taux d'occupation des postes satisfaisants ;
- soutenir les mesures destinées à améliorer la sécurité des patients ;
- promouvoir des programmes rigoureux de prévention des infections ;
- exiger des politiques de traitement standardisées ainsi que des protocoles destinés à minimiser les risques d'erreur ;
- entrer des contacts avec les associations professionnelles des pharmaciens, généralistes et autres afin d'améliorer le conditionnement et l'étiquetage des médicaments ;
- collaborer avec les systèmes de surveillance nationaux afin de répertorier les événements indésirables, les analyser et en tirer des enseignements ;
- mettre au point des mécanismes de reconnaissance (accréditation par exemple) des caractéristiques des fournisseurs de soins de santé qui constituent une mesure d'excellence en matière de sécurité des patients.

Information de base

Les interventions de santé sont bien sûr conçues au bénéfice du public, mais il existe toujours un risque que des erreurs et des événements indésirables se produisent ; ceci est dû à une combinaison complexe de processus, technologies et facteurs humains liés aux soins de santé. Un événement indésirable peut être défini comme un tort ou une lésion qui se produisent pendant le traitement de la maladie du patient et qui est la conséquence directe des actes du personnel médical, plutôt qu'un effet de la maladie elle-même[1]. Les menaces courantes à la sécurité des patients comprennent les erreurs de médication, les infections nosocomiales, l'exposition à de fortes doses de radiations et l'utilisation de médicaments de contrefaçon.

Bien que l'erreur humaine joue un rôle dans l'apparition des événements indésirables, ces erreurs auraient souvent pu être évitées par un traitement préventif de facteurs systémiques internes.

On dispose d'un faisceau de plus en plus concordant de preuves qui montrent que les taux insuffisants d'occupation des postes ont une influence sur des événements indésirables tels que chutes de patients, douleurs causées par l'alitement prolongé, erreurs de médication, infections nosocomiales et taux de réadmission qui peuvent mener à la prolongation des séjours hospitaliers de même qu'à des taux de mortalité en augmentation dans les établissements de soins[2]. Parmi d'autres déterminants importants de la sécurité des patients il faut aussi mentionner la pénurie et les mauvaises performances du personnel, qu'elles soient dues à un manque de motivation ou à une formation insuffisante.

---

[1] Thomas, E.J; & Brennan, *BMJ, Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records.* 18 mars 2000, p.9

[2] Aiken, I.H. *et al. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction*. JAMA (2002); 288: 1987-1993.

Enfin, les soins de santé de mauvaise qualité sont la cause d'un nombre non négligeable d'événements indésirables aux conséquences financières sérieuses pour les systèmes de santé.

Adoptée en 2002

Prises de position y afférentes :	***Publications du CII:***
▪ La protection du titre "infirmière" ▪ La réglementation des soins infirmiers ▪ Le domaine de pratique des soins infirmiers ▪ Le personnel infirmier auxiliaire ou d'appui	▪ La sécurité des patients, Fiche d'information de l'AMPS (2001).

Le Conseil international des infirmières est une fédération de plus de 120 associations nationales d'infirmières représentant des millions d'infirmières à travers le monde. Géré par des infirmières pour les infirmières, le CII est la voix internationale de la profession infirmière et s'efforce de promouvoir des soins de qualité pour tous ainsi que de solides politiques de santé dans le monde.

Exemples de ratios infirmière / patients

Ratios infirmière / patients imposés par l'État de Californie

Soins intensifs / critiques Soins intensifs néonataux	1:2 1:2
Salle d'opération Récupération post-anesthésie	1:1 1:1
Accouchement Antepartum	1:2 1:4
Couplets postpartum Postpartum, femmes uniquement	1:4 1:6
Pédiatrie	1:4
Salle d'urgence Patient en soins intensifs d'urgence Patient en traumatologie d'urgence	1:4 1:2 1:1
Step down, initial Step down, en 2008	1:4 1:3
Télémétrie, initial Télémétrie, en 2008	1:5 1:4
Médical chirurgical, initial Médical chirurgical, en 2008	1:6 1:5
Autres spécialités, initial Autres spécialités, en 2008	1:5 1:4
Psychiatrie	1:6

Source : California Nurses Association (sans date). *Ratio basics.* 2 novembre 2005, sur Internet : www.calnurse.org/files.calnurse.org/assets/finratrn7103.pdf

Ratios imposés par l'État de Victoria, Australie

Genre d'unité	Catégorie d'hôpital	Équipe du matin	Équipe de l'après-midi
Médecine générale, chirurgie	Niveau 1	1:4 + responsable	1:4 + responsable
	Niveau 3	1:5 + responsable	1:6 + responsable
Anté / postnatal	Tous niveaux	1:5 + responsable	1:6 + responsable
Salle d'opération	Trois infirmières par salle (1 instrumentiste, 1 circulante, 1 anesthésiste) Variations possibles selon des facteurs prédéterminés		
Unité de soins post-anesthésie / salle de réveil	Patients inconscients : 1:1 pour toutes les équipes		

Source : Canadian Federation of Nurses Union (2005). *Enhancement of patient safety through formal nurse-patient ratios: A discussion paper.* 2 novembre 2005, sur Internet : www.nursesunions.ca/en/Docs/2005-10-03-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf

Annexe 10

Exemple de présentation Powerpoint

DES EFFECTIFS POUR SAUVER DES VIES

Journée internationale de l'infirmière

12 mai 2006

ICN Advancing nursing and health worldwide www.icn.ch

Qu'est-ce que la sécurité des effectifs ?

Par sécurité des effectifs, on entend la disponibilité en tout temps d'un nombre suffisant de collaborateurs dotés des compétences nécessaires à la fourniture de soins aux patients dans des conditions de travail exemptes de danger.

Fédération américaine de professeurs (1995)

2

ICN Advancing nursing and health worldwide www.icn.ch

Sécurité des patients

Événements indésirables pour les patients :
- Erreurs de médication
- Chutes
- Complications postopératoires
- Échecs thérapeutiques

Canada : 185 000 hospitalisations par an sont associées à des événements indésirables.

USA : 98 000 décès par an suite à des erreurs médicales.

3

ICN Advancing nursing and health worldwide www.icn.ch

Sécurité de la dotation en effectifs

- Sécurité renforcée
  - Meilleurs résultats de santé
  - Continuité des soins
  - Diminution de la durée des séjours hospitaliers
  - Diminution des coûts
- Sécurité des infirmières
  - Charges de travail gérables
  - Moins de stress
  - Meilleure satisfaction au travail
  - Moins d'absentéisme, d'abandons, d'épuisement

4

ICN Advancing nursing and health worldwide www.icn.ch

Aspects financiers

La raison pour laquelle les hôpitaux des États-Unis ne parviennent pas à se doter d'un effectif optimal d'infirmières est que les infirmières ne sont pas rétribuées en fonction de la qualité des soins qu'elles dispensent.
(Spetz 2005)

Toutefois, l'absentéisme, le taux de rotation, la morbidité et la mortalité plus élevées des patients sont d'autres facteurs importants.

5

ICN Advancing nursing and health worldwide www.icn.ch

Évidence

- Par l'analyse d'un échantillon de 68 000 patients, on a montré que le nombre d'heures d'infirmières par journée de patient est inversement proportionnel à la mortalité.
  (Schultz, van Servellen *et al.* 1998)
- Dans une étude portant sur des patients atteints du sida, on constate que l'ajout d'une infirmière par journée de patient entraîne une diminution de 50% de la mortalité à 30 jours.
  (Aiken, Sloane *et al.* 1999)

6

ICN Advancing nursing and health worldwide www.icn.ch

Évidence

- Pour une infirmière chargée de quatre patients en chirurgie, l'ajout d'un patient entraîne:
  = une augmentation de 7% de la probabilité de décès dans les 30 jours qui suivent l'admission
  = une augmentation de 7% du risque d'échec thérapeutique (Aiken, Clarke *et al.* 2002).
- Une plus forte proportion d'heures et un plus grand nombre de soins / jours dispensés par des infirmières autorisées entraînent
  = une diminution des taux d'infections de la voie urinaire, de saignements gastro-intestinaux, de pneumonies, d'états de chocs et d'arrêts cardiaques (Needleman *et al.* 2002).

7

La santé des infirmières

- Une étude menée au Royaume-Uni a montré que les ratios infirmières / patients élevés sont associés à une augmentation du risque d'épuisement psychologique et d'insatisfaction au travail (Sheward, Hunt *et al.* 2005).
- Les infirmières qui effectuent régulièrement des heures supplémentaires, ou qui travaillent sans renfort adéquat, sont sujettes à un taux d'absentéisme plus élevé; leur santé est également moins bonne (Sheward, Hunt *et al.* 2005).

8

Répartition des qualifications

- Il faut déterminer la composition des équipes de soins sur la base de la gamme d'aptitudes et de domaines de pratique que leurs membres doivent posséder.
- Les erreurs dans la composition des équipes d'infirmières risquent d'entraîner des erreurs cliniques, elles-mêmes sources de problèmes pour les patients et les organisations.

9

Responsabilité professionnelle

- La responsabilité est plus forte dans un contexte clinique privé des infrastructures et des niveaux de dotation en effectifs nécessaires.
- L'existence de niveaux de dotation en effectifs sûrs est un facteur d'une grande importance pour les infirmières, car il conditionne leur capacité à délivrer des soins appropriés.

10

Rôle de la compétition

Pour les hôpitaux des États-Unis, le fait de disposer d'un nombre adéquat d'infirmières et de médecins constitue un avantage compétitif vis-à-vis des autres hôpitaux.

11

Réponses politiques aux pénuries d'infirmières

- Augmenter le bassin de recrutement, les pré-inscriptions.
- Améliorer la rétention du personnel.
- Rationaliser l'utilisation des aptitudes des infirmières et améliorer leur intégration au sein des équipes.
- Encourager le retour des infirmières ayant quitté le métier.
- Recruter sur le marché international.

12

Migrations internationales

- Les professionnels de la santé formés à l'étranger constituent aujourd'hui 25% des effectifs médicaux et infirmiers du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni et des USA.
- Le recrutement à l'étranger ne remédie pas aux difficultés de recrutement et de rétention qui sont à l'origine des pénuries dans les pays de destination. (Kingma 2006)

13

Mesures juridiques

L'*American Nurses Association* a proposé une série de mesures juridiques favorables à une meilleure dotation en effectifs infirmiers, notamment :

- Protection des infirmières qui dénoncent des conditions de travail dangereuses.
- Collecte et analyse de données de qualité concernant la pratique infirmière.
- Adoption d'outils pour le calcul de niveaux appropriés de dotation et de composition des effectifs.

14

Ratios imposés

- Des ratios infirmières / patients ont été rendus obligatoires aux États-Unis (Californie) et en Australie (Victoria).
- Ces ratios indiquent le nombre maximal de patients dont une infirmière peut s'occuper pendant un poste; ils varient en fonction de l'acuité des soins.

15

Ratios imposés : avantages

- Amélioration de la qualité des soins et des résultats pour patients.
- Amélioration du recrutement et de la rétention des infirmières.
- Amélioration de la condition des infirmières.
- Disponibilité accrue pour la fourniture de services au public.
- Renforcement de la confiance placée dans le système de santé publique.

16

Ratios imposés : inconvénients

- Coûteux – doivent être subventionnés.
- Ne reflètent pas toujours la complexité des soins requis ni les besoins des patients.
- Trop généraux pour répondre précisément aux exigences en termes d'effectifs.
- Ne rendent pas compte des changements d'acuité de l'état des patients, de l'organisation des unités de soins infirmiers, de la présence de personnel d'appui ou de soignants volontaires, ni de l'existence de moyens techniques.
- Ne corrigent pas toujours certains problèmes endémiques liés aux contextes de travail et ne sont pas applicables aux contextes internationaux.

17

Jugement professionnel

Plutôt que l'action législative, certains auteurs préconisent l'adoption, par les organisations, de leur propre définition de la sécurité du niveau des effectifs, basée sur :

- L'acuité des patients.
- Les ratios.
- La répartition des compétences.

18

Rôle des associations nationales d'infirmières

1. **Recherche :** les ANI peuvent orienter les programmes de recherche au niveau local, national et international.
2. **Élaboration de politiques :** proposer des stratégies et des conseils pour résoudre les pénuries critiques de personnel infirmier.
3. **Défense des droits :** militer activement pour des environnements de travail sains et pour des pratiques sûres en matière d'effectifs de personnel soignant.

Rôle des ANI (suite)

4. **Représentation:** représenter et défendre leurs membres traduits devant la justice ou les instances régulatrices.
5. **Négociation:** rôle très important à jouer dans la négociation autour du recrutement d'un nombre suffisant d'infirmières et de la promotion de conditions de travail propices à la rétention d'infirmières compétentes.

Recommandations

1. Déterminer l'étendue du problème.
2. Définir quel est le niveau de dotation en personnel requis compte tenu des besoins des patients.
3. Collecter les données pertinentes.
4. Appliquer un outil d'évaluation pour définir plus précisément où résident les difficultés.
5. Préparer un plan de communication capable d'influencer la prise de décision.

Recommandations

6. Récolter les informations à l'appui des initiatives de sécurisation des effectifs.
7. Participer aux activités de planification et de développement de politiques des ressources humaines de la santé.
8. Appuyer les études préalables d'impact.
9. Faire pression sur les employeurs pour qu'ils garantissent des environnements de travail sûrs et des niveaux adéquats de dotation en effectifs.
10. Éduquer le public quant à l'importance des services de soins infirmiers.
11. Collaborer à des initiatives locales d'amélioration des conditions de travail des infirmières.

Conclusion

Des effectifs suffisants profitent à tous :

- Patients et public – garantie de soins sûrs.
- Employeurs – moins de risque et plus d'économie.
- Régulateurs – moins de dossiers à traiter.
- Infirmières – plus grande satisfaction et meilleur développement professionnel.

La dotation en effectifs est la clé de soins sûrs
Elle permet de sauver des vies

Références

Adkison PM (2004). Safe staffing for paediatric patients. *The Alabama Nurse, 31*(1), 26.

Aiken LH, Clarke SP & Sloane DM (2002). Hospital staffing, organization and quality of care: Cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care, 14*(1), 5-13.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J & Silber JH (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *Journal of the American Nursing Association, 288*(16), 1987-1993.

Aiken LH, Sloane DM, Lake ET, Sochalski J & Weber AL (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care, 37*(8), 760-772.

Amaravadi RK, Dimick JB, Pronovost PJ & Lipsett PA (2000). ICU nurse-to-patient ratio is associated with complications and resource use after esophagectomy. *Intensive Care Medicine, 26,* 1857-1852.

American Federation of Teachers (1995). *Definition of "safe staffing."* Retrieved November 8, 2005, from www.aft.org/topics/healthcare-staffing/definition.htm

American Nurses Association (1999). *Principles for nurse staffing.* Retrieved November 8, 2005, from www.nursingworld.org/readroom/stffprnc.htm

The ANA talks about their safe staffing and safe care campaign (2001). *Alabama Nurse, 28*(1), 20.

Artz M (2005). Setting nurse-patient ratios: ANA bill calls for development of staffing systems in hospitals. *American Nurses Association, 105*(5), 97.

Awases M, Gbary A, Nyoni J & Chatora R (2004). *Migration of health professionals in six countries: A synthesis report.* Retrieved July 8, 2005, from www.afro.who.int/dsd/migration6countriesfinal.pdf

Baker GR, Norton PG, Flintoft V, Blais R, Brown A, Cox J et al. (2004). The Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal, 170*(11), 1678-1686.

Baumann A & Blythe J (2003a). Restructuring, reconsidering, reconstructing: Implications for health human resources. *International Journal of Public Administration, 26*(14), 1561-1579.

Baumann A & Blythe J (2003b). Nursing human resources: Human cost versus human capital in the restructured health care system. *Health Perspectives, 3*(1), 27-34.

Baumann A, Deber RB, Silverman BE & Mallette CM (1998). Who cares, who cures? The ongoing debate in the provision of health care. *Journal of Advanced Nursing, 28*(5), 1040-1445.

Baumann A, O'Brien-Pallas L, Armstrong-Stassen M, Blythe J, Bourbonnais R, Cameron S et al. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system.* Ottawa, Ontario, Canada: Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.

Blegen MA, Goode CJ & Reed L (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research, 47*(1), 43-50.

Blegen MA & Vaughn T (1998). A multisite study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economics, 16*(4), 196-203.

Bolton LB, Jones D, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Lowe M et al. (2001). A response to California's mandated nursing ratios. *Journal of Nursing Scholarship, 33*(2), 179-184.

Bostick JE (2004). Relationship of nursing personnel and nursing home care quality. *Journal of Nursing Care Quality, 19*(2), 130-136.

Buchan J, Parkin T & Sochalski J (2003). *International nurse mobility: Trends and policy implications* [Electronic version]. Geneva: World Health Organization. Retrieved July 16, 2003, from www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf

California Nurses Association (n.d.). *RN staffing ratios: Can hospitals afford to provide safe staffing?* Retrieved November 2, 2005, from www.calnurses.org/assets/pdf/ratios/ratios_benefit_hospts_0105.pdf

California Nurses Association (2003). *Fact sheet on RN staffing ratio law.* Retrieved November 2, 2005, from www.calnurse.org/?Action=Print&id=170

Canadian Federation of Nurses Union (2005). *Enhancement of patient safety through formal nurse-patient ratios: A discussion paper.* Retrieved November 2, 2005, from www.nursesunions.ca/en/Docs/2005-10-03-Nurse-Patient-Ratio-EN.pdf

Canadian Nurses Association (2003). *Patient safety: Developing the right staff mix. Report of think tank.* Retrieved November 4, 2005, from www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/publications/PatientSafety_ThinkTank_e.pdf

Canadian Nurses Association (2005). Nursing staff mix: A key link to patient safety. *Nursing Now, 19,* 1-6.

Cho SH, Ketefian S, Barkauskas VH & Smith DG (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research, 52*(2), 71-79.

Dictionnaire le Grand Robert, "le Robert électronique", édition 1999.

Dimick JB, Swoboda SM, Pronovost PJ & Lipsett PA (2001). Effect of nurse-to-patient ratio in the intensive care unit on pulmonary complications and resource use after hepatectomy. *American Journal of Critical Care, 10*(6), 376-382.

Donnellan C (2003). Safe staffing bill introduced in the Senate. *American Nurses Association, 103(7),* 29.

Hurst K (2002). *Selecting and applying methods for estimating the size and mix of nursing teams.*

International Council of Nurses (n.d.). *Nurse: Patient ratios.* Retrieved December 16, 2005, from www.icn.ch/matters_rnptratio.htm

International Council of Nurses (2000). *Position statement: Occupational health and safety for nurses.* Retrieved December 9, 2005, from www.icn.ch/pshealthsafety00.htm

International Council of Nurses (2004). *Workload measurement in determining staffing levels*. Geneva, Switzerland: Author.

Kingma M (2006). *Nurses on the move: Migration and the global health care economy.* Ithaca, NY: Cornell University Press.

Kohn LT, Corrigan J M & Donaldson MS (Eds.) (2000). *To err is human: Building a safer health system.* National Academy: Washington, DC.

Kovner C (2001). The impact of staffing and the organization of work on patient outcomes and health care workers in health care organizations. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 27*(9), 458-468.

Kovner C & Gergen PJ (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship, 30*(4), 315-321.

Lang TA, Hodge M, Olson V, Romano PS & Kravitz RL (2004). A systematic review on the effects of nurse staffing on patient, nurse employee and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration, 34*(7/8), 326-337.

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

Lash AA & Munroe DJ (2005). Magnet designation: A communiqué to the profession and the public about nursing. *Medsurg Nursing,* (Suppl.), 7-13.

McGillis Hall L (2005). Nurse staffing. In L. McGillis Hall (Ed.), *Quality work environments for nurse and patient safety* (pp. 9-37). Jones and Bartlett: Sudbury, MA.

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

North Carolina Nurses Association Commission of Standards and Professional Practice (2005). Position paper on safe staffing. *Tar Heel Nurse, 67*(1), 20.

Pan American Health Organization (2004). *Nursing and midwifery services contributing to equity, access, coverage, quality and sustainability in the health services: Mid term plan 2002-2005.* Retrieved December 15, 2005, from www.paho.org/English/AD/THS/OS/nur-svcs-eng.pdf

Person SD, Allison JJ, Kiefe CI, Weaver MT, Williams OD, et al. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care, 42*(1), 4-12.

Rothberg MB, Abraham I, Lindenauer PK & Rose DN (2005). Improving nurse-to-patient staffing ratios as a cost-effective safety intervention. *Medical Care, 43*(8), 785-791.

Safe staffing initiatives get another boost in Congress (2004). *The American Nurse, 36*(1), 1, 3.

Sasichay-Akkadechanunt T, Scalzi CC & Jawad AF (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration, 33*(9), 478-485.

Schultz MA, van Servellen G, Chang BL, McNeese-Smith D & Waxenberg E (1998). The relationship of hospital structural and financial characteristics to mortality and length of stay in acute myocardial infarction patients. *Outcomes Management for Nursing Practice, 2*(3), 130-136.

Sheward L, Hunt J, Hagen S, Macleod M & Ball J (2005). The relationship between UK hospital nurse staffing and emotional exhaustion and job dissatisfaction. *Journal of Nursing Management, 13,* 51-60.

Sovie MD & Jawad AF (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration, 31*(12), 588-600.

Spetz J (2005). Public policy and nurse staffing: What approach is best? *Journal of Nursing Administration, 35*(1), 14-16.

Tourangeau AE, Giovannetti P, Tu JV & Wood M (2002). Nursing-related determinants of 30-mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research, 33*(4), 71-88.

Upvall MJ & Gonsalves A (2002). Behind the mud walls: The role and practice of lady health visitors in Pakistan. *Health Care for Women International, 23*(5), 432-441.

Valentine V (2005, November). Health for the masses: China's 'barefoot doctors.' *National Public Radio.* Retrieved November 10, 2005, from www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=4990242

Winslow R (2005, November 5). The price of a broken heart. *The Wall Street Journal,* p. A1.

World Health Organization (2002). *Nursing midwifery services: Strategic directions 2002-2008.* Retrieved December 15, 2005, from www.whosea.org/LinkFiles/Resources_Anglais.pdf