

# **LA COMPOSITION DU PERSONNEL INFIRMIER :**

**Une recherche documentaire**

**Mars 2004**



---

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

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

© Association des infirmières et infirmiers du Canada

50, Driveway

Ottawa (Ontario) K2P 1E2

Téléphone : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404

Télécopieur : (613) 237-3520

Site web : [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca)

Cette publication a été produite par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada avec le soutien financier de Santé Canada.

mars 2005

ISBN 1-55119-948-3

# RECHERCHE DOCUMENTAIRE

## Introduction

Depuis le début des années 90, le système de santé du Canada fait face à des compressions budgétaires qui ont entraîné une restructuration importante des soins de santé. Comme les coûts de la dotation en personnel infirmier englobent une partie importante des budgets des établissements de santé, beaucoup d'employeurs ont réduit leurs effectifs d'infirmières réglementées (Aiken, *et al.*, 1996; O'Brien-Pallas, *et al.*, 1995; Seago, 2002a). Même si l'on a cherché à accroître l'efficacité et à maintenir des soins de qualité, beaucoup d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées<sup>1</sup> ont été remplacées par des fournisseurs de soins non autorisés et moins qualifiés (Brooten et Naylor, 1995; Grando, 1998; Jawad *et al.*, 2003; Spetz, 1998).

Beaucoup d'établissements de santé ont mis en oeuvre des stratégies de prestation de soins en redéfinissant les rôles des fournisseurs afin de maximiser les ressources humaines en période de pénurie (Aiken *et al.*, 2000; Sochalski, *et al.*, 1997). Beaucoup de ces tentatives de restructuration ont entraîné la disparition de services de soutien des infirmières, ce qui a provoqué en retour un exode d'infirmières même si les patients étaient plus gravement malades, que la durée des hospitalisations raccourcissait et que les volumes de patients étaient à la hausse (London Deutschendorf, 2003; Shindul-Rothschild *et al.*, 1996). Les reportages sur les erreurs en soins de santé et les occurrences accrues d'événements indésirables<sup>2</sup> ont démontré clairement que ces situations ont entraîné une défaillance de l'infrastructure dans beaucoup d'établissements de santé (Institute of Medicine, 2000, 2001a).

Au Canada, il y a trois groupes d'infirmières professionnelles réglementées qui doivent rendre compte au public de la prestation de soins infirmiers sécuritaires compte tenu du pouvoir que leur accorde la législation provinciale. Ce sont les infirmières autorisées (IA), les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et les infirmières psychiatriques autorisées<sup>3</sup> (IPA). Les organismes de réglementation de chacun de ces groupes de fournisseurs de soins de santé des provinces/territoires déterminent les normes de pratique et les champs d'exercice dans le contexte de la loi. Dans l'environnement toujours changeant des soins de santé d'aujourd'hui, il est impératif que ces fournisseurs de soins conjuguent leurs efforts pour augmenter la capacité de dispenser des soins sécuritaires qui soient accessibles et

---

<sup>1</sup> N.D.T. : Pour faciliter la lecture de ce document en français, tous les mots s'appliquant aux personnes, qu'ils soient employés au féminin ou au masculin, désignent aussi bien les hommes que les femmes, si le contexte s'y prête.

Par ailleurs, même s'il existe au Canada français trois titres réservés différents, selon les provinces, pour désigner une infirmière « réglementée », on a opté dans ce document pour l'expression *infirmière autorisée (IA)*. De même, quoiqu'il existe deux titres français différents pour désigner une infirmière auxiliaire « réglementée », dans le présent document, on a toujours utilisé l'expression *infirmière auxiliaire autorisée (IAA)* », quelle que soit la province.

<sup>2</sup> Dans le présent document, on entend par *événement indésirable* (ou *effet indésirable*) un incident ou un accident inattendu et indésirable qui cause un traumatisme ou la mort et qui est relié directement au processus de prestation de soins de santé au client (Hébert, Hoffman et Davies, 2003).

<sup>3</sup> Les *infirmières psychiatriques autorisées* détiennent un permis d'exercice réglementé au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique.

efficaces par rapport au coût. Si l'on comprend les attentes et les contributions de chacun de ces groupes infirmiers réglementés, on pourra mieux adapter la composition du personnel, améliorer les conditions de travail des infirmières et, en fin de compte, les résultats pour les patients (Alberta Association of Registered Nurses [AARN], College of Licensed Practical Nurses of Alberta [CLPNA] et Registered Psychiatric Nurses Association of Alberta [RPNAA], 2003; Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2002; Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick [AIINB] et Association des infirmier[ère]s auxiliaires autorisé[e]s du Nouveau-Brunswick [AIAANB], 2003; Registered Nurses Association of British Columbia [RNABC], 2001). *Research-Based Staffing for the Delivery of Nursing Care* (AARN, 2002) présente un cadre de questions clés à l'appui des décisions sur la dotation en personnel.

Dans son rapport intitulé *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*, le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI, 2002) recommande que tous les employeurs mettent en oeuvre des politiques qui permettent aux IA, aux IAA et aux IPA de fonctionner au maximum de leur capacité compte tenu de la législation, de la réglementation professionnelle et des règles de l'employeur. On ne s'entend pas actuellement sur la façon de déterminer les exigences relatives à la composition du personnel infirmier convenant le mieux aux divers contextes de soins de santé. Le fait de confier un patient au fournisseur de soins de santé le plus approprié est un processus complexe. Le recours à une méthode de prise de décisions reposant sur une démarche factuelle en matière de composition du personnel aidera à produire de meilleurs résultats pour les clients, à améliorer la sécurité des patients et à garantir une meilleure qualité de vie aux infirmières (AIIC, 2003b; CCCSI, 2002).

Cette recherche documentaire porte sur les données probantes et les recherches reliées aux décisions sur la composition du personnel infirmier constitué de fournisseurs de soins autorisés ou réglementés (IA et IAA) et à l'impact de ces décisions sur les résultats pour les patients. Quelques études portent aussi sur les fournisseurs de soins non réglementés appelés ici « infirmières/infirmiers auxiliaires non réglementés » (IANR)<sup>4</sup>. La recherche documentaire n'a révélé aucune recherche portant sur les IPA dans le contexte de la détermination de la composition du personnel.

La recherche porte sur plusieurs concepts entrelacés, ce qui les rend difficiles à distinguer et à résumer. Une grande partie de la recherche traite du nombre de soignants nécessaires plutôt que de la composition du personnel requise pour produire les meilleurs résultats. Il y a aussi une certaine ambiguïté quant à l'utilisation de l'expression « niveau de personnel » – dans certaines études, on utilise le terme « niveau » lorsqu'il est question du nombre d'intervenants et dans d'autres, lorsqu'il est question du type de catégorie de soignants. Dans certaines études, il est question d'infirmières réglementées ou autorisées, mais sans indication de la catégorie d'infirmières (IA ou IAA) ni du recours ou non à des IANR. Nous avons exclu de cette recherche les études portant sur l'aspect quantitatif des effectifs seulement et non sur les catégories d'infirmières.

---

<sup>4</sup> N.D.T. : L'expression *infirmière auxiliaire non réglementée* a été employée dans ce document dans un sens très large pour inclure les fournisseurs de soins non réglementés dont il est question dans la documentation étrangère citée.

## Étendue de la recherche documentaire

Les recherches dans les bases de données informatisées ont porté notamment sur :

- the Cumulative Index Nursing and Allied Health Literature (CINAHL);
- Medline;
- la Biomedical Reference Collection Corporate Edition des 10 dernières années (1994-2004).

Comme vedettes-matières, on a utilisé les expressions suivantes :

- dotation en personnel infirmier
- dotation en personnel infirmier ET éventail de compétences
- éventail de compétences ET prise de décisions
- dotation en personnel infirmier ET résultats pour les patients
- dotation en personnel infirmier ET effets indésirables
- dotation en personnel infirmier ET sécurité des patients
- mesure de la charge de travail
- modèles de dotation en personnel infirmier

La stratégie de recherche a aussi consisté à réunir de l'information sur la dotation en personnel infirmier et la prise de décisions dans des documents tirés du Web, des rapports de recherche et des publications des organismes de réglementation de la profession infirmière au Canada.

## Recherche

La recherche qui suit est structurée dans l'ordre du corpus de recherche le plus important – IA, IA/IAA, IA/IAA/ IANR, IA/IANR.

### *1. Études sur la dotation en personnel infirmier – IA*

Des études récentes ont établi un lien entre la dotation en IA et des résultats positifs pour les patients (Needleman *et al.*, 2001; Aiken *et al.*, 1999; Blegan, Goode, *et al.*, 1998; Lichtig *et al.*, 1999; Sochalski *et al.*, 1997). Dans les hôpitaux de soins actifs, le rapport positif entre les effectifs d'IA et les résultats pour les patients a été attribué à la présence des IA, ces dernières ayant des connaissances appropriées pour procéder à des évaluations approfondies et assurer la surveillance continue de changements cliniques. Des études ont démontré que lorsque les IA sont plus nombreuses, elles ont plus de temps pour suivre l'évolution de l'état de santé des patients, ce qui leur permet de détecter plus rapidement des changements de cet état et d'accroître leur capacité d'intervention avant qu'il ne se détériore au point où il n'y a plus rien à faire. « L'échec des secours » est une expression utilisée pour décrire les situations où l'on n'est pas intervenu à temps. Autrement dit, lorsque les IA sont plus nombreuses, le nombre de cas d'échec des secours diminue (Aiken *et al.*, 2002; Needleman *et al.*, 2002b).

Dans un certain nombre d'études traitant des effets du nombre d'IA sur les résultats pour les patients, on a essayé d'utiliser la mortalité chez les patients comme mesure des résultats. Dans la première étude sur la mortalité chez les patients, on a comparé les taux de mortalité à 30 jours

des « hôpitaux aimants » à ceux des autres hôpitaux aux États-Unis (Aiken, *et al.*, 1994). Les hôpitaux aimants ont des effectifs « riches » en IA (c.-à-d. comprenant plus d'IA que d'autres membres du personnel réglementé ou non réglementé). Les résultats montrent que le nombre de décès par rapport au nombre de patients sortants est moins élevé dans les hôpitaux aimants que dans les hôpitaux qui ne sont pas des pôles d'attraction. Les chercheurs reconnaissent que de tels résultats peuvent être problématiques puisque les décès sont peu fréquents et qu'ils peuvent découler de soins médiocres ou d'une maladie foudroyante. À cause de ces deux facteurs, il est difficile de détecter des différences statistiquement significatives (Hartz *et al.*, 1989). Ces études ne comportaient pas de méthodologie permettant d'attribuer le décès à des causes évitables ou non. Il n'est donc pas étonnant de constater que les chercheurs ne s'entendent pas sur le lien entre le nombre d'infirmières, la composition du personnel infirmier et les taux de mortalité. Hartz *et al.* (1989) ont constaté qu'il y avait un lien important entre un pourcentage élevé d'IA et des taux de mortalité rajustés plus faibles. Blegen, Goode, *et al.*, (1998) ont constaté qu'il y avait un lien entre un faible taux de mortalité des patients et un pourcentage élevé d'IA – jusqu'à 87,5 % du total des effectifs infirmiers. Tourangeau *et al.* (2002) ont aussi conclu qu'il y a un rapport positif entre un personnel infirmier riche en IA et des taux moins élevés de mortalité à 30 jours.

Plusieurs études effectuées dans des maisons de soins infirmiers ont démontré un lien entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les patients. Dans les constatations de son dernier rapport intitulé *Patient Safety: Transforming the Work Environment of Nurses* (2004), l'Institute of Medicine établit un rapport entre d'une part, le nombre plus élevé d'heures d'IA par jour/patient et des taux moins élevés de roulement des IA, et d'autre part, l'amélioration des taux de survie des patients, l'amélioration de leur état fonctionnel, des congés plus rapides, le nombre moins élevé de plaies de pression, la diminution des infections urinaires et l'utilisation réduite des antibiotiques.

Des recherches effectuées au Canada et aux États-Unis ont montré qu'il y a constamment un lien entre d'une part, un pourcentage plus élevé d'IA et d'autre part, des soins de plus grande qualité, des taux de morbidité et de mortalité moins élevés, de meilleurs résultats pour les clients et une diminution des effets indésirables dans les milieux de soins actifs, de soins de longue durée et de soins communautaires. Les chercheurs ont établi des liens entre des taux moins élevés d'effets indésirables reliés aux soins infirmiers (plaies de pression, pneumonie, infections postopératoires et infections urinaires) et des ratios plus élevés de dotation en IA (Kovner et Gergen, 1998; Kovner *et al.*, 2000).

On a établi un lien direct entre l'amélioration des résultats pour les clients et les compétences des IA pour ce qui est de poser un diagnostic exact, de réfléchir de façon critique et de résoudre des problèmes, de faire des interventions innovatrices en temps opportun, ainsi que de déployer des capacités de leadership et de supervision. Des études ont aussi indiqué que les coûts plus élevés d'embauche d'IA sont compensés par des gains de productivité et des réductions des coûts découlant de la diminution de la durée du séjour et des taux de réadmissions (Aiken *et al.*, 2002; Blegen, Goode, *et al.*, 1998; Cho, *et al.*, 2003; Clark, 2002; Curtin, 2003; Jawad, *et al.*, 2003; Yang, 2003; Needleman, *et al.*, 2002a, 2001; Needleman et Buerhaus, 2003; RNABC, 2001).

Des chercheurs croient qu'il faut étudier davantage les processus de prestation des soins en fonction de la charge de travail actuelle du personnel infirmier. Comme le personnel infirmier est surchargé à la limite de ses forces, il est incapable de fournir des évaluations cliniques précises : il en découle une situation quotidienne de gestion de crise et un milieu de travail chaotique. C'est pourquoi Affonso *et al.* (2003) ont recommandé d'augmenter le pourcentage des IA.

Dans le cadre d'une étude récente sur la composition du personnel infirmier et les résultats pour les patients, on a déterminé : que les conflits de rôles sont nombreux chez les IA indépendamment du type de modèle de composition du personnel; que la satisfaction au travail des infirmières est liée au type de modèle de composition du personnel utilisé dans l'unité de soins; que la perception de la qualité des soins chez les infirmières diffère en fonction du type de modèle de composition du personnel; et que la capacité en lits peut être un déterminant du modèle de composition du personnel utilisé dans les unités de soins (McGillis Hall, 2003).

## 2. Études sur la dotation en personnel infirmier – IA et IAA

Des chercheurs ont conclu à la suite d'études qu'il y a un lien entre un nombre plus élevé d'effectifs infirmiers réglementés (IA et IAA) et une meilleure qualité des résultats pour les patients. Dans une étude qui a marqué une étape (McGillis Hall *et al.*, 2001), les modèles de composition du personnel comportant moins d'effectifs infirmiers réglementés consommaient plus d'heures de soins infirmiers, tandis qu'on a établi un lien entre, d'une part un modèle comportant plus d'IA/IAA, et d'autre part un meilleur état de santé des patients et de meilleurs résultats au moment du congé. Là où les pourcentages d'IA et d'IAA sont plus élevés, on a aussi constaté des taux unitaires moins élevés d'erreurs de médicaments et d'infection des plaies (McGillis Hall *et al.*, 2001). Cette étude a été l'une des premières à démontrer l'existence d'un lien entre la composition du personnel infirmier et les résultats autodéclarés des patients. Compte tenu de la diversité des soins infirmiers dispensés en contexte de soins actifs, chaque unité de soins peut avoir besoin d'une formule ou de règles d'application particulières en matière de composition du personnel (Aiken, *et al.*, 2002; Blegen, Goode, *et al.*, 1998; McGillis Hall, 2001).

On pense qu'il y a un lien plus indirect entre des effets indésirables non mortels et la disponibilité d'effectifs infirmiers. Dans les documents récents, on constate régulièrement qu'il y a un lien entre des effectifs infirmiers réglementés (IA et IAA) moins nombreux et des taux plus élevés de résultats sensibles aux interventions infirmières, tels que les infections nosocomiales, les plaies de pression et l'insuffisance cardiorespiratoire (Aiken *et al.*, 2002; Cho *et al.*, 2003; Kovner *et al.*, 2000; Needleman *et al.*, 2002a, 2002b).

Dans deux rapports (IOM, 1996, 2001b) de l'Institute of Medicine (IOM), on passe en revue de nombreuses études qui confirment le lien important entre la dotation en personnel et des résultats de qualité. Dans son rapport de 1996 intitulé *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?*, l'IOM constate que de nombreuses études où l'on utilise différents types de mesures de la qualité ont montré l'existence d'un lien positif entre la composition du personnel infirmier réglementé et la qualité des soins infirmiers.

Une autre étude a montré qu'il y a un lien entre des niveaux plus élevés de personnel infirmier réglementé dans les services médico-chirurgicaux des hôpitaux d'enseignement de l'Ontario et des taux moins élevés d'erreurs de médicament et d'infection des plaies. On a constaté aussi l'existence d'un lien avec l'expérience du personnel infirmier. L'étude a révélé que moins le personnel infirmier est expérimenté, plus l'incidence d'infection des plaies est élevée. Comme il est probable que ce seront des infirmières inexpérimentées qui constitueront la plus importante source de main-d'œuvre pour les postes vacants des services médico-chirurgicaux, il faut faire preuve de prudence dans l'étude ou la détermination de la composition du personnel. Autrement dit, il faut essayer d'équilibrer à la fois le niveau d'expérience et l'éventail des compétences du personnel infirmier, afin de protéger la qualité des résultats pour les patients (McGillis Hall *et al.*, 2004).

*Études sur la dotation en personnel infirmier – IA, IAA et IANR (infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières auxiliaires non réglementées)*

De récentes études par observation réalisées dans des milieux de soins actifs et de soins de longue durée contiennent d'importantes données probantes indiquant qu'il y a un lien positif entre la dotation en personnel infirmier (IA, IAA et IANR) et les résultats pour les patients (Blegen et Vaughn, 1998; Bolton *et al.*, 2001; Needleman *et al.*, 2002a, 2002b). Dans toutes ces études transversales, on a analysé les liens entre la dotation en personnel infirmier (dose ou type) et les taux de mortalité et d'effets indésirables chez les patients (y compris infections nosocomiales, plaies de pression et chutes). Ces études indiquent aussi que les décideurs doivent réexaminer l'utilisation appropriée du personnel infirmier dans le contexte des soins de santé d'aujourd'hui.

Beaucoup d'études réalisées dans des hôpitaux de soins actifs du milieu des années 90 jusqu'en 2001 ont produit des résultats semblables – la mise en évidence d'un lien entre le type ou la dose des effectifs infirmiers et les résultats pour les patients. Les résultats de ces études permettent de conclure que des données probantes solides indiquent qu'il y a un lien entre une dotation inappropriée en personnel infirmier (type ou nombre) et l'augmentation de la durée des hospitalisations et du nombre d'infections nosocomiales (infections urinaires, infections postopératoires et pneumonies), ainsi que des plaies de pression. Ces études, qui portent sur tout un éventail de types de patients représentant différents niveaux d'acuité, présentent des données probantes selon lesquelles il y a un lien entre une dotation en personnel (réglementé) plus riche en infirmières et de meilleurs résultats pour les patients (Seago, 2001).

Selon McKenna (1995), on a établi un lien direct entre la qualité des soins et l'éventail des compétences. L'auteur indique des études appuyant le lien entre d'une part, le maintien en poste d'effectifs nombreux et dotés d'un riche éventail de compétences et d'autre part, une réduction de la durée des hospitalisations, des taux de mortalité, des coûts et des complications, ainsi qu'une augmentation des taux de satisfaction et de rétablissement des patients et une amélioration de leur qualité de vie et de leur connaissance et observance des traitements prescrits.

Une étude intitulée *Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes* a été réalisée en deux temps sous les auspices du Département de la Santé et des Services humains (DHHS) des États-Unis et des Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Ces rapports présentent globalement une évaluation complète des enjeux reliés à la dotation en personnel dans le domaine des soins de longue durée, ainsi que le contexte stratégique dans lequel on doit les aborder. L'auteur de ce travail a démontré l'existence de liens constants entre les niveaux de la dotation en personnel (dose ou composition) et la qualité des soins mesurée par les résultats qui ont trait à la sécurité des patients, y compris l'incidence des plaies de pression, des lésions cutanées et de la perte de poids. Les données recueillies démontraient l'existence d'un lien important jusqu'à ce qu'on atteigne un seuil donné de dotation au-delà duquel on ne pouvait plus détecter d'avantages. On a fait les mêmes constatations dans les trois catégories de personnel infirmier (IA, IAA et IANR). Cette étude a aussi révélé l'existence d'un lien important entre le maintien en poste des effectifs et des résultats positifs pour les patients en ce qui a trait à leur sécurité (CMS, 2000; CMS, 2001).

Dans le contexte d'une étude d'envergure, des chercheurs ont examiné les trois groupes de fournisseurs de soins (IA, IAA et IANR) en mesurant le pourcentage d'heures de soins fournis par le personnel infirmier et le nombre d'heures de soins par jour/patient fournies par chaque catégorie de personnel. L'étude a révélé que le niveau de dotation en IA avait l'impact le plus

important sur les effets indésirables et qu'il y avait un lien entre des effectifs moins nombreux et des taux plus élevés d'infection urinaire, de pneumonie, de choc, de saignement gastro-intestinal supérieur et d'échec des secours, sans oublier les séjours plus longs. L'étude n'a constaté aucun lien entre les résultats pour les patients et l'utilisation des services d'IAA ou d'IANR (Needleman *et al.*, 2002a).

#### *Études sur la dotation en personnel infirmier – IAA et IANR (infirmières auxiliaires autorisées et infirmières auxiliaires non réglementées)*

Selon le rapport de l'IOM intitulé *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (2004), Schnelle *et al.* ont procédé à une étude à l'insu pour déterminer s'il y avait des différences dans la qualité des soins dispensés dans 34 établissements de soins de longue durée choisis au hasard et comportant des catégories différentes de fournisseurs de soins infirmiers (tel que cité dans IOM, 2004). Les résultats ont indiqué que dans les établissements disposant d'un éventail de compétences riche en IAA comparativement aux IANR, les résidents sortaient davantage de leur lit, étaient plus actifs pendant le jour et s'occupaient davantage de leurs propres soins. Lorsque l'on a comparé ces résultats à ceux d'études utilisant des indicateurs de qualité distincts concernant des aspects tels que la perte de poids, les plaies de pression, l'incontinence et la diminution de l'activité physique, les chercheurs ont conclu que le type de dotation en personnel constitue un prédicteur efficace de processus de soins de grande qualité.

Une autre étude a établi un lien entre des effectifs où les IAA sont plus nombreuses et une amélioration du statut fonctionnel mesuré par le niveau de dépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) (Cohen *et Spector*, 1996). On a constaté qu'il y avait un lien important entre les heures de soins fournies par des infirmières autorisées (et non par des infirmières non autorisées) et l'amélioration de la capacité fonctionnelle, une plus grande probabilité de retour à domicile et une réduction de la mortalité au cours de la première année qui suit l'admission (Bliesmer *et al.*, 1998).

### **Sommaire des enjeux qui ont des répercussions sur les décisions relatives à la dotation en personnel**

L'étude documentaire démontre clairement que dans la plupart des pays, on ne s'entend pas sur les exigences reliées à une dotation en personnel qui, fondée sur le niveau des compétences, soit efficace par rapport au coût. Le Canada ne fait pas exception. Comme les soins aux patients sont de plus en plus complexes et que la durée de leur séjour tend à diminuer, l'utilisation judicieuse du personnel pose un défi important aux administrateurs du secteur de la santé (Shamian *et al.*, 1994). Parmi les autres facteurs qui contribuent à la complexité de la question, mentionnons la préoccupation que soulèvent dans le monde entier la sécurité des patients, la montée constante du coût des soins de santé, le manque correspondant de financement et la pénurie d'infirmières (Needleman *et Buerhaus*, 2003; Buerhaus *et Needleman*, 2000).

La recherche indique que la dotation en personnel infirmier a un impact certain sur les résultats pour les patients, les erreurs médicales, la durée des séjours, le taux de roulement des infirmières et le taux de mortalité des patients. On reconnaît qu'il faut modifier les décisions sur la dotation en fonction de l'expérience des infirmières, des caractéristiques de l'organisation et de la qualité de la collaboration entre tous les niveaux du personnel de l'établissement (Curtin, 2003).

Cette masse croissante de données probantes établissant un lien entre la composition du personnel et ceux des résultats pour les patients qui sont sensibles à l'intervention infirmière, démontre que les décideurs doivent tenir compte de l'utilisation appropriée du personnel infirmier réglementé dans les divers milieux de pratique de la profession. La recherche indique qu'un des enjeux pivots lorsqu'il s'agit de garantir les meilleurs résultats possibles pour les patients, consiste à déterminer la combinaison de soignants qui convient le mieux à la population de patients.

Même si de plus en plus de recherches publiées portent sur les résultats pour les patients et la composition du personnel, il n'y a pas suffisamment de documents qui traitent du processus proprement dit ou de l'évaluation de la prise de décisions sur la composition du personnel infirmier (Jawad, *et al.*, 2003; Yang, 2003; Needleman *et al.*, 2002a.; Cho, *et al.*, 2003).

Pour rendre le système de santé plus sécuritaire, il faut utiliser efficacement et judicieusement les ressources infirmières disponibles. Il faut à cette fin recourir au niveau de compétence qui corresponde aux besoins des patients. Pour ce faire, il faut revoir la charge de travail du personnel infirmier en appliquant des formules d'établissement des coûts infirmiers qui tiennent compte des aspects complexes du milieu de soin et des facteurs d'incertitude clinique reliés au soin des patients. Telle est la clé d'un système de santé solide et dynamique qui est essentiel si l'on veut obtenir les résultats visés pour les patients (Affonso, *et al.*, 2003).

À cause de la tendance à doter des postes occasionnels plutôt qu'à temps plein, les infirmières de moins de 30 ans occupent de plus en plus des postes à temps partiel et occasionnels. Cette tendance réduit pour ces infirmières les possibilités de s'intégrer socialement dans la profession, d'acquérir l'expérience précieuse nécessaire pour améliorer leur compétence dans un environnement de soutien et d'apprendre à être des membres efficaces de l'équipe de soins de santé. L'éventail des compétences considéré comme nécessaire devrait être basé sur la détermination des résultats attendus des soins et sur le lien entre la compétence du travailleur et les résultats des soins (O'Brien-Pallas et Baumann, 2000).

Selon un rapport récent, *Keeping Patients Safe: Transforming the Work Environment of Nurses* (IOM, 2004), les niveaux de dotation en personnel sont maintenant (en janvier 2004) réglementés dans tous les services et tous les milieux de soins en Californie. Les normes imposent une certaine quantité d'effectifs infirmiers autorisés (IA et IAA). Les règlements laissent une marge de manœuvre lorsqu'il s'agit de déterminer la catégorie d'infirmières à déployer en fonction du champ d'exercice et de l'acuité des besoins des patients. Le rapport de l'IOM reconnaît que l'imposition de ratios de dotation en personnel n'est pas le bon moyen d'optimiser la composition du personnel. L'application de ratios minimums ne permet pas forcément de dispenser des soins de qualité ni de garantir la sécurité des patients. Les résultats positifs pour les patients dépendent davantage de la composition du personnel, de la compétence de l'infirmière et de l'acuité des soins à donner. Compte tenu de ces limites, l'IOM recommande dans son rapport d'augmenter la dotation du personnel en fonction du nombre de patients et indique qu'il serait possible de fixer un effectif minimum pour chaque catégorie de personnel infirmier. La composition du personnel serait déterminée par la recherche ou fixée d'un commun accord par les experts en la matière en tenant compte du risque d'effets indésirables pour les patients.

## **L'utilisation de systèmes de classification des patients dans la détermination de la composition du personnel infirmier**

Les outils d'aide à la prise de décisions sur la composition du personnel sont actuellement limités. Les systèmes de classification des patients (SCP) sont les plus courants.

Les hôpitaux et d'autres établissements de santé de nombreux pays déterminent la composition du personnel infirmier en se fondant sur un SCP. Un SCP est un outil de mesure de la charge de travail. En règle générale, l'outil produit des formules quantitatives qui mesurent l'acuité des besoins des patients et traduisent ces besoins en interventions attendues des soignants. Le temps qu'il faut pour exécuter ces interventions représente la charge de travail en soins infirmiers. On utilise des calculs tirés du SCP pour estimer les besoins en personnel infirmier. Chaque infirmière coche – en fonction de leur fréquence respective – les activités, les interventions et les traitements appropriés à chacun des patients qui lui sont assignés, au moins une fois par quart de travail (tout dépend du SCP utilisé). Selon le nombre d'activités qu'il faut évaluer pour chaque patient, cette tâche peut se révéler lourde, englober du temps précieux et miner la satisfaction du personnel. Les infirmières pensent qu'elles passent trop de temps à justifier la valeur de leur travail, ce qui leur en laisse moins pour le soin des patients (DeGroot, 1989a, 1989b, 1994a, 1994b; Lawson *et al.*, 1993). Les SCP ne peuvent pas tenir compte avec précision des variations de l'acuité des besoins des patients, ce qui borne les prévisions en matière de dotation à des estimations bâties sur des moyennes, et ne reconnaît donc pas le besoin de souplesse lié aux décisions sur la dotation en personnel (DeGroot, 1994a, 1994b).

Les infirmières de tous les domaines de pratique louangent et critiquent à la fois ces systèmes. Les chercheurs qui étudient la dotation en personnel infirmier et l'utilisation des SCP affirment qu'à peu près tous ces outils soulèvent une méfiance généralisée et qu'ils ne sont pas suffisants pour déterminer les effectifs dont un service a besoin chaque jour ou pour chaque quart de travail (Seago, 2001).

La plupart des créateurs de SCP promettent aux infirmières cadres que ces systèmes permettront de mesurer et de recueillir des données longitudinales sur la charge de travail des infirmières, et que ces données pourront ensuite servir à estimer les besoins futurs en main-d'œuvre dans le cadre des budgets. On dit aux gestionnaires que le SCP leur permet de comparer la charge de travail des infirmières de tous les services de l'hôpital, ce qui rend plus objectifs leurs besoins en personnel et les demandes de financement correspondantes qu'ils présentent aux administrateurs. On fait croire aux infirmières de chevet que les SCP peuvent prédire avec exactitude les besoins en personnel du quart suivant. La recherche a démontré que peu importe la qualité du SCP, il ne peut tenir que la première de ces promesses, celle de fournir des données longitudinales qui peuvent servir à négocier des budgets annuels (Bayiz, 2003).

Comme la plupart des SCP sont conçus en fonction d'un service en particulier, les comparaisons entre les services ne sont pas possibles. En outre, il n'y a pas de système qui puisse prédire avec exactitude les besoins en personnel du quart suivant. Au mieux, un SCP peut offrir une prévision moyenne de ce que devraient être les effectifs. Un SCP ne peut contrôler les admissions ni prévoir la charge de travail réelle, parce que les conditions du soin des patients changent. Dans les systèmes de santé où l'environnement est instable (c.-à-d. dans les soins actifs), où les admissions et les congés sont fréquents, le SCP ne pourra pas établir avec beaucoup d'exactitude les besoins en personnel. Ces facteurs sont à l'origine d'une méfiance généralisée à l'égard de presque tous les outils SCP actuellement utilisés. Beaucoup d'infirmières pensent que les besoins en personnel établis au moyen d'un SCP reflètent en réalité le budget de l'hôpital plutôt que les besoins des patients ou la compétence du personnel infirmier. Un tel argument peut présenter une

certaine crédibilité parce que tous les SCP sont conçus pour mesurer la charge de travail des infirmières et s'intégrer au budget de l'hôpital (ANA, 1997, 1999 et 2000; Needleman *et al.*, 2001; Seago, 2002b).

Les SPC ne peuvent pas tenir adéquatement compte :

- de l'expérience ou de l'éventail des compétences du personnel infirmier;
- du personnel de soutien qui est disponible;
- de l'organisation et du système de prestation des soins entre les services;
- de l'aménagement physique des divers services.

Il n'y a pas d'ensemble « taille unique » de temps normalisés qu'il soit possible d'utiliser dans tous les hôpitaux (Bayiz, 2003). On reproche aussi aux estimations de la charge de travail de découler de mesures correspondant à des soins déjà dispensés. Il se peut que les soins en question aient été mal mesurés parce que les effectifs étaient limités au moment où il a fallu les mesurer. On ne peut donc pas considérer qu'il s'agisse de prédicteurs exacts des soins réellement nécessaires (Jennings *et al.*, 1989). C'est pourquoi beaucoup d'infirmières à tous les niveaux et dans tous les domaines de pratique croient que l'utilisation des SCP est à l'origine de la perception selon laquelle « une infirmière, c'est une infirmière », et que donc toutes les infirmières sont égales et interchangeables aux yeux des décideurs (Malloch et Conovaloff, 1999). Une étude au cours de laquelle on a comparé quatre SCP différents pour la même population de patients a révélé de grosses différences statistiquement et cliniquement significatives au niveau des heures de soins dont les patients auraient besoin selon chacun d'eux (O'Brien-Pallas *et al.*, 1992).

Ces préoccupations indiquent qu'il faut valider et évaluer les SCP pendant leur mise en oeuvre. Les documents contiennent des rapports sur la validité et la fiabilité d'un système au cours de sa phase de mise en oeuvre initiale (efficacité des processus), mais il n'y a pas suffisamment de recherches sur la validation des SCP après la mise en oeuvre (efficacité des résultats) (Hlusko et Nicholas, 1996). Les documents signalent aussi que des changements continuels au niveau du personnel, des milieux de travail, des outils, du matériel et des technologies entraînent des changements correspondants du temps nécessaire pour effectuer le travail. Autrement dit, il faut réviser continuellement les temps normalisés et le faire en temps opportun. Les experts recommandent de procéder à ces révisions une fois par année et au besoin chaque fois que l'on entreprend des restructurations majeures du travail (Bayiz, 2003). Il est juste de dire que les infirmières remettent en question la valeur des SCP à la lumière de la diminution des ressources. Il faut toujours et de plus en plus déterminer si ces systèmes produisent l'information nécessaire à la prise de décisions appropriées en toute connaissance de cause. La recherche indique que les SCP répondent en partie aux questions relatives à la dotation en personnel, mais qu'ils ne produisent pas le niveau d'information nécessaire pour garantir les effectifs et l'éventail appropriés de fournisseurs de soins infirmiers (Seago, 2002b).

### **Besoin de pratiques efficaces de dotation – Autres modes de dotation**

Compte tenu des divers problèmes définis dans les documents au sujet des SCP, beaucoup de chercheurs, de dirigeants d'hôpitaux et d'analystes de politiques préconisent une mesure plus fiable et valide de l'acuité des besoins des patients (Reed *et al.*, 1998). Comme les besoins en

soins évoluent rapidement aujourd'hui, on exige des méthodes autres que les SCP pour déterminer les besoins en personnel infirmier en fonction de ceux des patients (Kovner *et al.*, 2000). Certains préconisent la mise au point d'une formule de détermination de la composition du personnel, selon laquelle on pourrait tenir compte de multiples facteurs en plus de l'acuité des besoins des patients. Il faudrait notamment tenir compte des facteurs suivants :

- expertise des IA et des IAA;
- intensité du travail;
- aménagement physique du service;
- disponibilité d'autres fournisseurs de soins de santé, de personnel de soutien et de médecins pour le service (Seago, J., 2002b).

Les estimations de la charge de travail produites par les SCP ne présentent qu'une seule dimension d'un tableau tridimensionnel. Le personnel infirmier doit participer à la détermination, à la mise en oeuvre et à l'évaluation de toute méthode d'estimation des besoins de la dotation en personnel infirmier. Il faut prévoir une dotation « ponctuelle » permettant de tenir compte des variations non prévues du volume de patients ou de l'acuité des besoins. Il est possible d'assurer une telle élasticité de la dotation en recrutant des effectifs supérieurs aux niveaux estimés, en donnant aux infirmières une formation plus large qui leur permette de travailler dans d'autres services au besoin, ou en recourant à des infirmières d'agences de l'extérieur. Porter les effectifs au-dessus des niveaux prévus, cela coûte cher et c'est difficile, mais compte tenu de la pénurie actuelle d'infirmières, ce moyen offre les meilleurs résultats sur le plan de la qualité uniforme des soins, des résultats pour les patients et de leur sécurité. Cette méthode de dotation repose sur le principe de l'excédent de personnel qu'appliquent les organisations qui exigent une grande fiabilité. Ces organisations ne considèrent pas l'excédent de personnel comme un gaspillage, car cela laisse suffisamment de marge de manœuvre dans le système pour des possibilités d'acquisition continue du savoir. Cette marge de manœuvre permet au personnel de suivre les progrès de la technologie et de l'information, ce que l'on juge crucial afin d'optimiser les résultats pour tous les intéressés (Bayiz, 2003).

Si le côté « offre » de l'équation de la dotation n'est pas négociable, il faut alors modérer celui de la « demande ». Pour optimiser la dotation en personnel infirmier, il faut encourager le personnel infirmier et l'habiliter à faire preuve de créativité pour dispenser aux patients des soins efficaces et de qualité. On réduit la nécessité de recourir à la méthode de l'excédent d'effectifs en permettant au personnel de régulariser le débit de travail. Dans un hôpital du Wisconsin, p. ex., le débit des patients est régularisé au moyen d'un outil d'évaluation du service, qui est administré par le personnel infirmier. Les membres du personnel ont le pouvoir de limiter les nouvelles admissions, même s'il y a des lits vides, lorsqu'ils estiment que les effectifs infirmiers disponibles (en considérant leur catégorie et leur expérience) ne suffisent pas pour assumer la charge de travail et que la sécurité des patients est mise en danger (Rozich et Resar, 2002).

L'outil de l'évaluation de la complexité du travail (Work Complexity Assessment – WCA) est un autre exemple. Cet outil « vise une approche fondée sur l'équipe de soins, qui permet aux [IA], de concert avec [d'autres collègues], de déterminer comment ils géreront leur volume de travail » [*traduction*] (Forte et Forstrom, 1998, p. 4).

Les futures méthodes de détermination de la composition du personnel devront tenir compte des changements des caractéristiques des patients, de leur situation financière, ainsi que des

effectifs disponibles et de leur type. La demande de compétence et de résultats de qualité pour les patients demeurera la force motrice à mesure que les soins de santé deviendront plus complexes. L'offre d'effectifs compétents qui comprennent à fond le champ d'exercice du fournisseur de soins dépend de ceux qui doivent prendre les décisions sur la dotation en personnel (AARN, 2002 et 2003; Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador [ARNNL], 2000; AIIC, 2003b; OIIO, 2002; CRNM, 2002; AIINB et AIAANB, 2003; RNABC, 2001).

La prestation des meilleurs soins possibles aux patients constitue le point central des soins infirmiers. Selon les documents publiés, une dotation en personnel infirmier capable de produire ce résultat exige un nombre suffisant de fournisseurs de soins infirmiers compétents (Shullanberger, 2000; Gonzalez-Torre *et al.*, 2002; London Deutschendorf, 2003; Benton, 2003; Adams-Wendling, 2003; Walsh, 2003; Seago, 2002; Manthey, 2001; Keeling, 1999a, 1999b; Davidhizar *et al.*, 1998, O'Brien-Pallas, 1997). Les documents sur la dotation en personnel reconnaissent que la prestation de soins est tributaire des caractéristiques des soignants (c.-à-d. âge, compétence et éducation des infirmières), de l'état de santé des patients (c.-à-d. état chronique ou crise, gravité et complexité) et de l'environnement (c.-à-d. appuis cliniques, nombre de membres du personnel et type). Comme la mesure de la charge de travail est variable, il faut embaucher du personnel supplémentaire en fonction des scénarios de demande de pointe afin d'équilibrer les coûts de fonctionnement totaux (nombre et type appropriés des effectifs nécessaires) tout en maintenant la qualité des soins et en optimisant la sécurité des patients.

### **Lacunes documentaires**

Bolton *et al.* (2001), qui étudiaient les niveaux de dotation en personnel dans les hôpitaux (nombre et type d'intervenants) et les résultats pour les patients, ont constaté que les données probantes ne donnent pas encore d'indications sur les effectifs nécessaires (minimaux) ou idéaux (optimaux) dans les divers types de services de soins pour patients hospitalisés. Dans son rapport factuel intitulé *Making Health Care Safer: A Critical Analysis of Patient Safety Practices*, l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a constaté qu'il n'y a pas de données probantes définitives permettant de déterminer les seuils précis dans le cas des IA, le nombre idéal d'heures de services infirmiers par jour-patient ou l'éventail des compétences infirmières en fonction de diverses populations de patients ou de divers types de services infirmiers. (Seago, 2001). Dans les documents sur l'éventail des compétences, on affirme couramment que les résultats des études les plus rigoureuses ne s'appliquent pas nécessairement à des milieux différents. On peut en conclure qu'il faudrait analyser l'éventail des compétences en définissant les besoins en soins d'une population de patients en particulier et en utilisant ensuite cette définition pour déterminer les compétences nécessaires au personnel (Buchan et Dal Poz, 2002). Plusieurs autres chercheurs ont signalé le besoin de recueillir des données et de les rajuster, en fonction de la gravité des cas, au niveau de l'unité de soins, puisque c'est là que l'impact de la dotation en personnel est le plus direct (Aiken, *et al.*, 2002; Blegen, Goode, *et al.*, 1998; McGillis Hall, 2002).

Les documents montrent clairement qu'il y a un lien étroit entre le type de fournisseur de soins et la qualité des résultats pour les patients. Le problème, c'est que la recherche sur la diminution des effets indésirables à l'origine de ces résultats n'inclut pas encore suffisamment d'études sur la dotation en personnel dans des types particuliers de services de soins. C'est pourquoi on n'arrive pas à établir de descriptions quantitatives des niveaux de dotation que les hôpitaux pourraient utiliser pour évaluer le caractère approprié de leurs effectifs. On a réalisé des études sur la dotation

en personnel dans des services de soins intensifs, mais celles qui portent sur les services de médecine générale et de chirurgie sont moins nombreuses. Il faut effectuer des recherches dans d'autres milieux pour mettre au point une solide méthode normalisée de classification de l'acuité des besoins des patients en fonction des soins infirmiers requis. Il y a une pénurie généralisée de données uniformes, fiables et disponibles sur la dotation en personnel infirmier, et ceci empêche de mieux comprendre la question (Kovner *et al.*, 2000; Needleman *et al.*, 2001; Sochalski, 2001; Unruh, 2002).

Il faut faciliter la collecte de données plus exactes et fiables sur la dotation en personnel. Pour le moment, les données sur la dotation qui proviennent à la fois des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée ne sont pas fiables. C'est pourquoi l'IOM recommande (2004) de créer un rapport normalisé sur la dotation, qui garantirait plus d'exactitude et d'uniformité dans les analyses produites par les établissements au sujet de la dotation en personnel. Afin de corriger l'absence, dans les bases de données, d'information sur la dotation en personnel infirmier, il faudrait inclure les éléments suivants dans les rapports que l'on produit : mentionner les niveaux de dotation par type d'unité de soins; distinguer les fournisseurs de soins infirmiers directs et les membres du personnel infirmier oeuvrant dans les secteurs de l'administration, de l'éducation ou d'autres secteurs d'activité n'offrant pas de soins directs aux patients; et distinguer les infirmières affectées aux patients hospitalisés de celles qui travaillent dans des services de soins ambulatoires. Ces facteurs ont empêché de bien comprendre le rôle de la dotation en personnel infirmier dans le soin des patients et les mécanismes d'un déploiement plus efficace et utile du personnel infirmier (IOM, 2004).

Les documents issus de travaux de recherche n'abordent pas adéquatement les aspects invisibles du travail des infirmières, ni la question de l'éventail des compétences. Les soins sont spécifiques au contexte et l'habileté dépend de l'expérience et de la formation. Les recherches futures devront porter avant tout sur l'évolution des rôles des fournisseurs de soins de santé réglementés et sur l'expansion constante de leurs champs d'exercice. Trop souvent, on évalue les activités des fournisseurs de soins sans évaluer les besoins des patients en fonction du type de soignant qui pourrait le mieux répondre aux besoins en question. Le processus des soins infirmiers joue toujours un rôle clé dans la compréhension de la relation entre le type et le nombre appropriés d'effectifs infirmiers et l'obtention de résultats positifs pour les patients (Spilsbury et Meyer, 2001; Cho, *et al.*, 2003).

Même si « la composition du personnel infirmier est devenue l'un des sujets étudiés avec le plus d'énergie dans la recherche contemporaine sur les systèmes de soins infirmiers » (Mark, *et al.*, 2003, p. 552), on ne note pas de recommandations claires sur le déploiement le plus efficace des compétences (Spilsbury et Meyer, 2001). Il est difficile de généraliser au sujet des résultats, car la recherche n'offre aucune orientation au sujet de l'éventail de compétences le plus efficace pour assurer la prestation des meilleurs soins possibles. Autrement dit, les enjeux liés à l'éventail des compétences ne font pas l'objet de nombreuses recherches, et il faut aborder avec beaucoup de prudence les rares études effectuées et s'en servir principalement pour poursuivre le débat au sujet de la prise de décisions sur l'éventail des compétences en matière de dotation en personnel.

Même si les recherches ont mieux prouvé l'acuité croissante des besoins des patients, le virage relatif à l'utilisation des ressources infirmières doit encore être mieux étudié pour que l'on saisisse bien l'acuité et la complexité des besoins dans le contexte des futurs modèles de dotation en personnel infirmier (McGillis Hall *et al.*, 2004).

## Conclusions

La recherche documentaire indique que le système de santé actuel manque de modèles efficaces de prise de décisions sur la composition du personnel. Il semblerait que les modèles de dotation devraient reposer sur une série normalisée de critères qui reflète les besoins des populations actuelles de patients et qui tiennent compte du personnel infirmier disponible dans les milieux de soins de santé. Les fournisseurs de soins ne peuvent plus fonctionner dans l'isolement. Ils doivent conjuguer leurs efforts pour créer des outils de dotation qui maximiseront les ressources humaines et financières afin d'assurer des résultats de qualité pour les infirmières et leurs patients. En matière de soins aux patients, la sécurité passe par la mise en place de processus continus visant à assurer l'examen en temps opportun de la prise de décisions sur la composition du personnel. Selon O'Brien-Pallas *et al.* (2001), il est possible d'améliorer considérablement la dotation en personnel et les résultats pour les patients en garantissant qu'il y a :

- des effectifs suffisants et appropriés pour répondre aux besoins des patients sans que l'on ait recours au temps supplémentaire ou que l'on nourrisse des attentes excessives reliées à la capacité, qui pourraient affecter la santé des infirmières et les résultats pour les patients;
- un groupe robuste, cohérent et expérimenté d'infirmières disponibles pour assurer la continuité des soins aux patients, ce qui créera en retour un milieu de travail plus sain pour les infirmières;
- une analyse des rôles et des activités des infirmières de première ligne, qui vise à déterminer des moyens d'augmenter le temps disponible pour le soin des patients.

La recherche démontre que les patients bénéficient vraiment d'une composition appropriée du personnel, tout comme les établissements de soins de santé en bénéficient. Les décisions sur la dotation en personnel qui reposent sur des données probantes :

- raccourcissent la durée du séjour des patients;
- réduisent le nombre d'effets indésirables;
- accroissent la sécurité des patients;
- accroissent la satisfaction des patients et des infirmières;
- améliorent les résultats globaux pour les patients;
- évitent les erreurs coûteuses;
- réduisent les taux de roulement du personnel;
- mettent à profit l'expérience et la formation du personnel.

En résumé, les résultats de recherche démontrent que la question est complexe et qu'il est difficile de recommander une composition idéale universelle du personnel soignant. C'est pourquoi on croit que les décisions sur la composition du personnel infirmier doivent être confiées aux unités de soins, et qu'il faut les évaluer en fonction des résultats pour les patients.

Un cadre d'évaluation de la prise de décisions sur la composition du personnel infirmier serait bénéfique pour les infirmières, pour les employeurs et, en fin de compte, pour les patients. Comme l'a dit Judith Shamian (directrice générale, Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada) au cours du Forum des infirmières chefs de file de l'Ouest canadien tenu en novembre 2003 à Saskatoon : « Si nous réparons les soins infirmiers, c'est bon pour le système de santé. Si nous réparons le système de santé, c'est bon pour les soins infirmiers. »

## Définition des termes

**Acuité :** « Degré de gravité de l'état ou de la situation d'un client [TRADUCTION] »  
Registered Nurses Association of British Columbia (RNABC, 2003, 7).

**Champ d'exercice :** Gamme des services qu'un groupe professionnel est autorisé à assurer. La législation et la formation déterminent le champ d'exercice d'un groupe professionnel, qui est tenu d'exercer son activité conformément à son code de déontologie et à un ensemble de normes professionnelles (Ordre des infirmières et infirmiers du Manitoba, 2002).

**Complexité :** « Mesure dans laquelle l'état ou la situation d'un client se caractérise ou est influencé par différentes variables (diagnostic médical multiple, faculté de décision affaiblie, dynamique familiale difficile, etc.) [TRADUCTION] » (Registered Nurses Association of British Columbia [RNABC], 2003, 7).

**Composition du personnel infirmier :** Combinaison et nombre de personnes réglementées ou non, assurant des soins infirmiers directs et indirects aux clients dans tous les milieux d'exercice des groupes infirmiers réglementés (IA et IAA) (AIIC, 2003).

**Intensité et charge de travail :** Quantité de temps et d'énergie mentale et physique que consacre le personnel infirmier à diverses activités professionnelles et aux soins directs aux patients (Aiken, Sochalski et Anderson, 1996; Blegen, Goode et Reed, 1998; Blegen et Vaughn, 1998; O'Brien-Pallas, Irvine, Peereboom et Murray, 1997; Shamian, Hagan, Hu et Fogarty, 1994; Sochalski, Aiken et Fagin, 1997).

**Résultats obtenus pour les patients [clients] :** Événements ou résultats observables chez les patients produits par les interventions infirmières ou le milieu de soins. Il s'agit avant tout d'établir si le niveau de personnel infirmier est lié au nombre et (ou) à la fréquence des événements indésirables (Blegen et coll., 1998; Blegen et Vaughn, 1998; Sochalski et coll., 1997).

**Satisfaction :** Perception que les soins qui ont été prévus et qui sont dispensés sont à tout le moins suffisants et sûrs; Cette satisfaction est prise en compte du point de vue du patient et du personnel infirmier (Blegen et coll., 1998; Sochalski et coll., 1997).

**Variabilité :** « Degré d'évolution effective ou éventuelle de l'état ou de la situation des clients. Les facteurs sont, entre autres : la prévisibilité, la stabilité et les changements. [TRADUCTION] » (RNABC, 2003, 7).

## BIBLIOGRAPHIE

- Adams-Wendling, L. (2003). Clocking care hours with workload measurement tools. *Nursing Management*, 34(8), 34-39.
- Affonso, D.D., Jeffs, L., Doran, D. et Ferguson-Pare, M. (2003). Patient safety to frame and reconcile nursing issues. *Canadian Journal of Nursing Leadership*. 16(4), 69-81.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P. et Sloane, D.M. (2000). Hospital restructuring: Does it adversely affect care and outcomes? *Journal of Nursing Administration*, 30(10), 457-465.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P. et Sloane, D.M. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Nurses Association*, 288(16), 1987-1993.
- Aiken, L.H., Sloane, D., Lake, E., Sochalski, J. et Weber, A. (1999). Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care* 37(8), 760-772.
- Aiken, L.H., Smith, H.L. et Lake, E.Y. (1994). Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care. *Medical Care*, 32(8), 771-787.
- Aiken, L.H., Sochalski, J. et Anderson, G.G. (1996). Downsizing the hospital nursing workforce. *Health Affairs*. 15 (4), 88-92.
- Alberta Association of Registered Nurses. (1995). *Nursing skill mix and patient/client outcomes: A literature review*. Edmonton : auteur.
- Alberta Association of Registered Nurses. (2001). *Nursing staff mix for safe and appropriate care*. Edmonton : auteur.
- Alberta Association of Registered Nurses. (2002). *Best practice guidelines: Research-based staffing for the delivery of nursing care*. Edmonton : auteur.
- Alberta Association of Registered Nurses, College of Licensed Practical Nurses of Alberta, Registered Psychiatric Nurses Association of Alberta. (2003). *Collaborative nursing practice in Alberta*. Edmonton : auteur.
- American Nurses Association. (1997). *Implementing nursing's report card: A study of RN staffing, length of stay and patient outcomes*. Washington, DC : American Nurses Publishing.
- American Nurses Association. (1999). *Principles for nurse staffing*. Washington, DC : American Nurses Publishing.
- American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC : American Nurses Publishing.
- Arthur, T. et James, N. (1994). Determining nurse staffing levels: a critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 19(3), 558-565.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003a). *Prise de position conjointe – Champs d'exercice*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003b). *Énoncé de position : Décisions sur la dotation en personnel pour la prestation de soins infirmiers sécuritaires*. Ottawa : auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick. (2003). *Travailler ensemble : Cadre de référence pour les infirmière immatriculées et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés*. Fredericton : auteur.

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. (2000). *Guidelines regarding shared scope of practice with licensed practical nurses*. St. John's : auteur.

Baumann, A.L., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al. (2001). *Engagement et soins : Les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et leurs systèmes*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. The Change Foundation.

Bayiz, M. (2003). The Anderson School of Management, UCLA. Work and Workload Measurement in Nurse Staffing. Paper commissioned by the Institute of Medicine Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety.

Benton, D. (2003). On the front line – a new system for managing the deployment of front-line staff. *Nursing Management*. 10(5), 15-17.

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

Blegen, M.A., Goode, C.J. et Reed, L. (1998). Nurse staffing and patient outcomes. *Nursing Research*, 47(1), 47-50.

Bliesmer, M., Smayling, M., Kane, R. et Shannon, I. (1998). The relationship between nursing staffing levels and nursing home outcomes. *Journal of Aging and Health* 10(3), 351-371.

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

Borg, E. (2001). Professional liability during the shortage. *Canadian Nurse Journal*. 97(8), 34-35.

Brooten, D. et Naylor, M.D. (1995). Nurses' effect on changing patient outcomes. *Image*. 27(2), 95-99.

Buchan, J. et Dal Poz, M.R. (2002). Skill mix in the health care workforce: Reviewing the evidence. *Bulletin de l'organisation mondiale de la santé*. 80(7) 575-580.

Buerhaus, P.I. et Needleman, J. (2000). Policy implications of research on nurse staffing and quality of patient care. *Policy, Politics & Nursing Practice* 1(1), 5-15.

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2000). Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes – Phase 1 Report. Consulté : 22/01/04 Disponible : [www.cms.gov/medicaid](http://www.cms.gov/medicaid)

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2001). Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes – Phase 2 Final Report. Consulté le : 22/01/04 Disponible : [www.cms.gov/medicaid/reports/rp1201home.asp](http://www.cms.gov/medicaid/reports/rp1201home.asp)

Cho, S.-H., Ketefian, K., Barkauskas, V.H. et Smith, D.G. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2), 71-79.

Clark, A.P. (2002). Nurse staffing levels and prevention of adverse events. *Clinical Nurse Specialist*, 16(5), 237-238.

- Clark, A.P. (2003). Patient safety series, part 2 of 2: Balancing staffing and safety. *Nursing Management*, 34(6), 44-48.
- Cohen, J. et Spector, W. (1996). The effect of Medicaid reimbursement on quality of care in nursing homes. *Journal of Health Economics*, 15(1), 23-28.
- College of Registered Nurses of Manitoba. (2002). *Guidelines for decision-making regarding the appropriate nursing care provider*. Winnipeg : auteur.
- Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes – Rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers*. Ottawa : Santé Canada.
- Cromer, B. (2003). Nurses' working conditions and the nursing shortage. *Journal of the American Medical Association*, 289(13), 1632-1633.
- Curtin, L.L. (2003). An integrated analysis of nurse staffing and related variables: Effects on patient outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*. Consulté le 22/01/04.  
[www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22\\_5.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22_5.htm)
- Davidhizar, R., Dowd, S.B., & Brownson, K. (1998). An equitable nursing assignment structure. *Nursing Management*, 29(4), 33-36.
- Degroot, H.A. (1989). Patient classification system evaluation: Part 1, essential system elements. *Journal of Nursing Administration*, 19(6), 30-35.
- Degroot, H.A. (1989). Patient classification system evaluation: Part 2, system selection and implementation. *Journal of Nursing Administration*, 19(7), 24-30.
- Degroot, H.A. (1994a). Patient classification systems and staffing: Part 1, problems and promise. *Journal of Nursing Administration*, 24(9), 43-51.
- Degroot, H.A. (1994). Patient classification systems and staffing: Part 2, practice and process. *Journal of Nursing Administration*, 24(10), 17-23.
- Evidence-based Practice Center, University of California at San Francisco (UCSF) – Stanford University. (2001). Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices. *Evidence Report/Technology Assessment, No. 43*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Resources, Agency for Healthcare Research and Quality.
- Forte, P.S. et Forstrom, S.J. (1998). "Work Complexity Assessment: Decision Support Data to Address Cost and Culture Issues." *Journal of Nursing Administration*, 28(1), 46-53.
- Gelinas, L. et Bohlen, C. (2002). The business case for retention. *Journal of Clinical Systems Management*, 4(78), 14-16, 22.
- Gonzales-Torre, P.L., Adenso-Diaz, B. et Sanchez-Molero, O. (2002). Capacity planning in hospital nursing: A model for minimum staff calculation. *Nursing Economics*, 20(1), 28-36.
- Grando, V.T. (1998). Making do with fewer nurses in the United States. *Image*, 30(2), 147-149.
- Hartz, A., Krakauer, H., Kuhn, E., Young, M., Jacobsen, S., Gay, G., et al. (1989). Hospital characteristics and mortality rates. *New England Journal of Medicine*, 321, 1720-1725.
- Hébert, P. C., Hoffman, C., et Davies, J. M. (2003). *The Canadian patient safety dictionary*. Ottawa : Collège royal des médecins et des chirurgiens du Canada.

- Hlusko, D. et Nichols, B. (1996). Can you depend on your patient classification system? *Journal of Nursing Administration*, 26(4), 39-44.
- Institute of Medicine, Committee on the Adequacy of Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes. (1996). Wunderlich, G., Sloan, F., et Davis, C. (dir.). *Nursing staff in hospitals and nursing homes: Is it adequate?* Washington, DC.: National Academies Press.
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. (2000). Kohn, L., Corrigan, J. et Donaldson, M. (dir.). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC : National Academies Press.
- Institute of Medicine, Committee on Quality of Health Care in America. (2001a). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century*. Washington, DC : National Academies Press.
- Institute of Medicine, Committee on Improving Quality in Long-Term Care. (2001b). Wunderlich, G. et Kohler, P. (dir.). *Improving the quality of long-term care*. Washington, DC : National Academies Press.
- Institute of Medicine, Committee on the Work Environment for Nurses and Patient Safety. (2004). Page, A. (dir.). *Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses*. Washington, DC : National Academies Press.
- Jawad, A.F., Scalzi, C.C. et Sasichay-Akkadechanunt, T. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(9), 478-485.
- Jennings, B., Rea, R., Antopol, B. et Carty, J. (1989). Selecting implementing and evaluating patient classification systems: A measure of productivity. *Nursing Administration Quarterly*, 14(1), 24-35.
- Kaysner-Jones, J. (1996). Mealtime in nursing homes: The importance of individualized care. *Journal of Gerontological Nursing*, 22(3), 26-31.
- Keeling, B. (1999a). How to allocate the right staff mix across shifts. Part Two. *Nursing Management*, 30(10), 16-18.
- Keeling, B. (1999b). How to allocate the right staff mix across shifts. Part One. *Nursing Management*, 30(9), 16-17.
- Kovner, C. et Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. hospitals. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 30(4), 315-321.
- Kovner, C., Jones, C. et Gergen, P. (2000). Nurse staffing in acute care hospitals, 1990-1996. *Policy, Politics and Nursing Practice* 1(3), 194-204.
- Lawson, K.O., Fonnella, N.M., Smeltzer, C.H. et Walters, R.M. (1993). Redefining the purpose of patient classification. *Nursing Economics*, 11(5), 298-302.
- Lichtig, L.K., Knauf, R.A. et Milholland, D.K. (1999). Some impacts of nursing on acute care hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration* 29(2), 25-33.
- London Deutschendorf, A. (2003). From past paradigms to future frontiers: Unique care delivery models to facilitate nursing work and quality outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 33(1), 52-59.
- Malloch, K. et Conovaloff, A. (1999). Patient classification systems, Part 1: The third generation. *Journal of Nursing Administration*, 29(7/8), 49-56.

- Manthey, M. (2001). A core incremental staffing plan. *Journal of Nursing Administration*, 31(9), 424.
- Mark, B., Salyer, J. et Wan, T.T.H. (2003). Market, hospital, and nursing unit characteristics as predictors of nursing unit skill mix: A contextual analysis. *Journal of Nursing Administration* 30(11), 552-560.
- McGillis Hall, L. (1997). Staff mix models: complementary or substitution roles for nurses. *Nursing Administration Quarterly*, 21(2), 31-39.
- McGillis Hall, L. (2003). Nursing staff mix models and outcomes. *Journal of Advanced Nursing*. 44(2), 217-226.
- McGillis Hall, L., Irvine Doran, D., Baker, G. R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien Pallas, L, *et al.* (2001). A study of the impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes. Toronto: Faculté des sciences infirmières, Université de Toronto et Canadian Health Services Research Foundation.
- McGillis Hall, L., Irvine Doran, D., Baker, G. R., Pink, G., Sidani, S., O'Brien Pallas, L, *et al.* (2002). Nurse staffing and work status in medical, surgical and obstetrical units in Ontario teaching hospitals. *Hospital Quarterly*, 5(4), 64-69.
- McGillis Hall, L., Irvine Doran, D. et Pink, G.H. (2004). Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 41-45.
- McKenna, H.P. (1995). Nursing skill mix substitutions and quality of care: An exploration of assumptions from the research literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21(3), 452-459.
- Needleman, J. et Buerhaus, P.L. (2003). Nurse staffing and patient safety: current knowledge and implications for action [Éditorial.] *International Journal for Quality in Health Care*, 15(4), 275-277.
- Needleman, J., Buerhaus, P.L., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. (2001). *Nurse staffing and patient outcomes in hospitals*. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.
- Needleman, J., Buerhaus, P.L., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. (2002). Nurse staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715-1722.
- Needleman, J., Buerhaus, P. L., Mattke, S. et Zelevinsky, K. (2002b). Nurse staffing and quality of care in hospitals in the United States. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 3(4), 306-308.
- O'Brien-Pallas, L. et Baumann, A. (2000). Toward evidence-based policy decisions: A case study of nursing health human resources in Ontario, Canada. *Nursing Inquiry*, 7, 248-257.
- O'Brien-Pallas, L., Cockerill, R. et Leatt, P. (1992). Different systems, different costs? An examination of the comparability of workload measurement systems. *Journal of Nursing Administration*, 22(12), 17-22.
- O'Brien-Pallas, L., Giovannetti, P., Peereboom, E., Marton, C. (1995). *Case costing and nursing workload: Past, present, and future*. Report #95-1. Hamilton, Ontario: Quality of Nursing Worklife Research Unit.
- O'Brien-Pallas, L., Irvine, D., Peereboom, E. et Murray, M. (1997). Measuring nursing workload: Understanding the variability. *Nursing Economics*, 15(4), 171-182.

- O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alksnis, C., Bruce, S. (2001). The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road? *Hospital Quarterly*, 4(3), 42-50.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2002). *Attentes professionnelles : Guide sur l'emploi des IA et des IAA*. Toronto : auteur.
- Reed, L., Blegan, M. et Goode, C. (1998). Adverse patient occurrences as a measure of nursing care quality. *Journal of Nursing Administration*, 28(5), 62-69.
- Regan, S. (2003, décembre). It's about quality practice environments. *Nursing BC, décembre*, 23-24.
- Registered Nurses Association of British Columbia. (2001). *Policy statement: Nursing staff mix for safe and appropriate care*. Vancouver: auteur.
- Registered Nurses Association of British Columbia (2003). *Decision-making tool for the delivery of nursing services*. Vancouver: Author
- Rozich, J. et Resar, R. (2002). Using a unit assessment tool to optimize patient flow and staffing in a community hospital. *Journal on Quality Improvement*, 28(1), 31-41.
- Seago, J.A. (2001). Nurse staffing, models of care, and interventions. In Shojania K.G., Duncan, B.W., McDonald, K.M. & Wachter, R.M. (Eds.). *Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices* (AHRQ Publication No. 01-E058). Washington, DC: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Seago, J.A. (2002a). The California Experiment: Alternatives for minimum nurse to patient ratios. *Journal of Nursing Administration*, 32(1), 48-58.
- Seago, J.A. (2002b). A comparison of two patient classification instruments in an Acute care hospital. *Journal of Nursing Administration*, 32(5), 243-249.
- Shamian, J., Hagen, B., Hu, T. et Fogarty, T.E. (1994). The relationship between length of stay and required nursing care hours. *Journal of Nursing Administration*, 24(7/8), 52-58.
- Shindul-Rothschild, J., Berry, D. et Long-Middleton, E. (1996). Where have all the nurses gone? *American Journal of Nursing*, 96(11), 25-39.
- Shullanberger, G. (2000). Nurse staffing decisions: An integrative review of the literature. *Nursing Economics*, 18(3), 124-32, 146-8.
- Sochalski, J. (2001). Quality of care, nurse staffing, and patient outcomes. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 2(1), 9-18.
- Sochalski, J., Aiken, L.H. et Fagin, C.M. (1997). Hospital restructuring in the United States, Canada, and Western Europe: An outcomes research agenda. *Medical Care*, 35 (10), OS13-OS25.
- Spetz, J. (1998). Hospital employment of nursing personnel: has there really been a decline? *Journal of Nursing Administration*, 28(3), 20-27.
- Spilsbury, K. et Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), 3-14.
- Steinbrook, R. (2002). Nursing in the crossfire. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1757-1766.

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

Ulrich, C.M., Wallen, G., Grady, C., et al. (2002). The nursing shortage and the quality of care. *New England Journal of Medicine*, 347(14), 1118-1119.

Unruh, L. (2002). Nursing staff reductions in Pennsylvania hospitals: Exploring the discrepancy between perceptions and data. *Medical Care Research and Review*, 59(2), 197-214.

Walsh, E. (2003). Get results with workload measurement. *IT Solutions*, 16-17.

Yang, K.-P. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3), 149-157.



---

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