

DÉCISIONS SUR LA DOTATION EN PERSONNEL POUR LA PRESTATION DE SOINS INFIRMIERS SÉCURITAIRES

POSITION DE L'AIIC

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est d'avis que la prise des décisions qui ont trait à la prestation de soins infirmiers sécuritaires dans le continuum des milieux de soins de santé doit reposer sur les principes clés et les critères suivants.

Principes de la prise de décision

La prise de décision repose sur la nécessité d'avoir le nombre approprié de postes et la combinaison de compétences¹ permettant de dispenser des soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique. La sécurité et les résultats pour les clients² sont des préoccupations de premier ordre. Même si la rentabilité constitue un élément essentiel, l'obligation de produire de bons résultats pour les clients par une stratégie factuelle (fondée sur des données probantes) joue un rôle pivot dans la prise de décisions sur la dotation en personnel³.

Il incombe aux infirmières administratrices et gestionnaires (y compris aux superviseuses et aux cadres intermédiaires et supérieures) de garantir la composition appropriée du personnel⁴. Elles reconnaissent ainsi les besoins en apprentissage des membres de leur personnel et leur offrent des possibilités d'éducation pertinentes. Ces infirmières administratrices et gestionnaires sollicitent « la contribution et la participation à la prise des décisions... de tous ceux et celles qui sont visés par elles⁵ (traduction libre) ».

Les paramètres législatifs, professionnels et organisationnels sont respectés. Les fournisseurs de soins réglementés⁶ sont tenus par la loi de rendre compte à la population. Ils se conforment aux normes de pratique de leur province/territoire, aux codes de déontologie et aux normes de pratique de certaines spécialités. Ils s'inspirent des outils de décision et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, s'il en existe. Des politiques organisationnelles orientent tous les fournisseurs de soins.

Il ne faut jamais « compromettre la sécurité des clients en recourant à des travailleurs moins qualifiés quand on a besoin des compétences d'une infirmière autorisée⁷ (traduction libre) », et « plus l'état du client est complexe

¹ On entend par compétences les connaissances, le savoir-faire, le jugement et les qualités personnelles spécifiques dont les professionnels de la santé réglementés ont besoin pour pratiquer en toute sécurité et de façon conforme à l'éthique dans un rôle et un milieu désignés.

² Les clients sont des personnes, des familles, des groupes, des populations ou des collectivités au complet.

³ (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2001).

⁴ On entend par « composition du personnel » la combinaison et le nombre de personnes dont l'activité est réglementée ou non et qui dispensent des soins infirmiers directs et indirects à des clients dans les milieux où pratiquent des infirmières.

⁵ (Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2000, p. 5).

⁶ Pour les besoins du présent document, les fournisseurs de soins réglementés comprennent les infirmières autorisées (NdT : appelées aussi, selon l'endroit où elles exercent, infirmières immatriculées ou simplement « infirmières », expression que nous privilégions quand le contexte ne prête pas à équivoque), les infirmières auxiliaires autorisées (NdT : appelées aussi, selon l'endroit où elles exercent, infirmières auxiliaires immatriculées ou simplement « infirmières auxiliaires », expression que nous privilégions quand le contexte ne prête pas à équivoque) et les infirmières psychiatriques autorisées, ces dernières ne portant un titre réservé pour leur pratique que dans les quatre provinces suivantes : Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba et Saskatchewan.

⁷ (Registered Nurses Association of British Columbia, 2001, p. 1).



et plus le milieu est dynamique, plus il est nécessaire que l'infirmière autorisée assume toute la gamme des responsabilités en matière de soins⁸. » Les infirmières déterminent comment et quand les fournisseurs de soins non réglementés peuvent aider sans danger à exécuter les tâches associées aux soins infirmiers. Cela comprend leur participation aux décisions relatives à l'utilisation initiale et continue de fournisseurs de soins non réglementés dans une organisation.

Le processus de prise de décisions sur la dotation en personnel reconnaît les compétences uniques et partagées de chaque groupe de fournisseurs de soins. Les fournisseurs de soins infirmiers de chaque catégorie constituent des membres précieux de l'équipe de soins de santé. Le processus de dotation favorise l'utilisation optimale des compétences de chaque fournisseur pour permettre la prestation de soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique.

La responsabilité des fournisseurs de soins et leur obligation de rendre compte sont claires. « Les infirmières connaissent bien la description de fonctions et le champ de pratique de tout [fournisseur de soins] auquel elles confient ou délèguent des fonctions⁹ (traduction libre) ». Les groupes de fournisseurs de soins réglementés sont responsables de préciser leurs compétences. Les fournisseurs de soins doivent « indiquer quand des soins qui leur sont confiés dépassent leurs compétences individuelles et... demander l'appui et les directives appropriés¹⁰ (traduction libre) ».

Les infirmières à tous les niveaux de l'organisation participent à la prise de décisions qui ont des répercussions sur la pratique des soins infirmiers, les soins dispensés aux clients et le milieu de travail. Les infirmières qui dispensent des soins directs sont invitées à faire valoir leur point de vue dans le contexte d'une structure propre à leur discipline, comme un conseil des soins infirmiers. Les infirmières « déterminent les normes des soins dispensés aux clients en collaboration avec d'autres professionnels de la santé¹¹ ». Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* prévoit que les infirmières « doivent réclamer... des ressources humaines et matérielles suffisantes pour garantir la prestation de soins sûrs et compétents¹² ».

Les décisions sur la dotation en personnel sont factuelles (fondées sur des données probantes). Les organisations utilisent une stratégie à base de recherche pour déterminer, mettre en œuvre et évaluer la composition du personnel et l'éventail des compétences, les tendances de la dotation et les modèles de prestation des soins afin de produire de bons résultats pour les clients¹³. Cela se fait en consultation avec les infirmières et d'autres fournisseurs de soins de santé.

Les organisations et les autres interlocuteurs, y compris les infirmières, veillent à ce que les éléments nécessaires à un milieu de travail professionnel de qualité soient en place. Dans son énoncé de position intitulé *Milieus de travail professionnels de qualité*, l'AIIC décrit les éléments et affirme que « la création et l'appui de milieux de travail de qualité est une responsabilité commune des praticiens, des employeurs, des gouvernements, des organismes de réglementation, des associations professionnelles, des établissements d'enseignement, des syndicats et du public¹⁴ ».

Les infirmières sont les chefs de file de la mise en œuvre de la pratique en collaboration et du développement de communications efficaces entre tous les membres de l'équipe de soins de santé. Les relations de travail fondées sur la collaboration au sein de l'équipe de soins infirmiers et au sein de l'équipe multidisciplinaire des professionnels de la santé (p. ex., nutritionnistes, pharmaciens et médecins) permettent à tous les fournisseurs de soins de couvrir dans leurs activités la totalité de leur champ de pratique et de travailler à leur niveau de compétence. Ce n'est pas seulement rentable pour les employeurs : c'est aussi dans le meilleur intérêt des clients.

⁸ (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2002, p. 4).

⁹ (RNABC, 2001, p. 1).

¹⁰ (ARNNL, 2000, p. 6).

¹¹ (AIIC, 2001, p. 2).

¹² (AIIC, 2002, p. 17).

¹³ (Alberta Association of Registered Nurses, 2002).

¹⁴ (AIIC, 2001, p. 1).



Cadre décisionnel

La production de résultats optimaux pour les clients constitue le critère central de l'évaluation de la composition du personnel. Au nombre des autres critères se trouvent la prévention des erreurs et l'instauration d'un milieu de travail professionnel de qualité qui attire et garde d'excellents membres au sein du personnel. Ces critères se regroupent en trois catégories qui fournissent un cadre pour la prise de décisions sur la dotation en personnel¹⁵ dans le continuum des milieux de soins de santé au Canada.

Client

- Les besoins en soins de santé du client sont primordiaux lorsqu'on prend des décisions portant sur la composition du personnel.
- La complexité des besoins en soins de santé du client et le caractère prévisible de l'évolution de son état de santé à la suite des soins dispensés jouent sur l'attribution des tâches dans le domaine des soins. Plus les besoins sont complexes, aigus et imprévisibles, plus il faut que les soins soient dispensés par des infirmières. « Il peut être nécessaire de ré-attribuer la responsabilité des soins lorsque l'état de santé d'un patient change et que l'intervenant auquel on l'a confié ne peut plus répondre à ses besoins¹⁶ (traduction libre). »

Compétences des fournisseurs de soins

- Les fournisseurs de soins doivent avoir les compétences nécessaires pour évaluer la situation du client dans la perspective des soins à donner, comprendre les facteurs sous-jacents qui y contribuent, régler les problèmes et intervenir comme il se doit, anticiper les besoins du client, « prévoir l'issue d'une intervention et... réagir par d'autres interventions si le patient ne répond pas ou répond mal à la première¹⁷ (traduction libre) ».
- Les fournisseurs de soins dont les compétences correspondent aux niveaux des besoins des clients sont ceux qui conviennent. Par exemple, lorsque l'état d'un client n'est pas aigu et qu'il est stable, les compétences d'une infirmière auxiliaire peuvent être appropriées. Lorsque l'état du client devient plus complexe ou s'aggrave, les compétences d'une infirmière conviennent davantage. Lorsque le client est une famille qui a des problèmes complexes, ou encore une collectivité ou une population, il est nécessaire de recourir aux compétences d'une infirmière.
- Les fournisseurs de soins de santé doivent évaluer leurs propres compétences, reconnaître les besoins de chaque client et consulter quelqu'un qui a des connaissances plus poussées lorsque la situation exige une expertise qui dépasse leur niveau de compétence ou leur champ de pratique. Si la composition du personnel est correcte, quelqu'un sera disponible pour assurer ce rôle de consultation.
- Les infirmières ont une base de connaissances approfondies et étendues qui se reflète dans l'étendue de leur champ de pratique. Elles sont les plus complètes, productives, polyvalentes, flexibles et diversifiées de toutes les intervenantes en soins infirmiers¹⁸ et peuvent répondre aux besoins des clients à n'importe quel niveau de soins, aussi bien élémentaire que complexe, que ce soit dans des régions éloignées ou dans des centres densément peuplés.
- De nombreux facteurs jouent sur les compétences des fournisseurs de soins : éducation, expérience, possibilités de perfectionnement professionnel et bonne connaissance du milieu, par exemple.

¹⁵ (OIIO, 2002).

¹⁶ (ARNNL, 2000, p. 6).

¹⁷ (College of Registered Nurses of Manitoba, 2001, p. 2).

¹⁸ (Shamian, 1998).



- Il est essentiel de comprendre clairement les caractéristiques du rôle de l'infirmière et les compétences qui y sont rattachées pour que la composition du personnel puisse être appropriée dans tous les milieux de soins de santé.

Le milieu de travail

- Les milieux de travail ont un effet sur les résultats pour les clients¹⁹. En matière de dotation du personnel, les décisions prises en fonction des besoins des clients et des compétences des fournisseurs de soins doivent être examinées dans le contexte du milieu de travail professionnel.
- Dans un milieu de travail de qualité, les intervenants ont les appuis nécessaires – comprenant notamment un nombre suffisant d'infirmières chevronnées pouvant encadrer, superviser et donner des conseils – et suffisamment de personnel pour fournir les services de soins indirects, afin de permettre la flexibilité des modèles de dotation.
- Les infirmières à qui l'on demande de travailler dans un milieu qu'elles ne connaissent pas doivent déterminer la correspondance entre leurs compétences et les besoins des clients en matière de santé, ainsi que les appuis fournis par l'environnement, pour décider si elles peuvent dispenser des soins infirmiers en toute sécurité. C'est ce qui se passe, par exemple, lorsque des infirmières (qu'elles soient chevronnées ou débutantes) sont réaffectées de façon à répondre à un besoin temporaire.
- Dans un milieu complexe, où le taux de roulement des clients est élevé, où les cas sont lourds et où la fréquence des événements imprévisibles est élevée, on a davantage besoin d'infirmières.
- Tous les fournisseurs de soins infirmiers doivent comprendre la politique relative à leur champ de pratique, et la faire connaître dans leur milieu de travail.

Contexte

Les effectifs des milieux de travail des infirmières au Canada sont constitués de nombreux groupes de fournisseurs de soins infirmiers qui représentent un vaste éventail de types de formation, de compétences et de champs de pratique.

Le champ de pratique – c.-à-d. « l'éventail des rôles, fonctions, responsabilités et activités pour lesquels les membres d'une discipline ont reçu la formation et l'autorisation nécessaires²⁰ (traduction libre) » – des infirmières englobe celui de tous les autres fournisseurs de soins réglementés et non réglementés. Parmi tous ces fournisseurs de soins, les infirmières sont les intervenantes les plus complètes, les plus productives, les plus polyvalentes, les plus flexibles et les plus diversifiées. Les soins dispensés par une infirmière sont reliés de très près au soin holistique et non fragmenté du client²¹; ils garantissent ainsi la continuité des soins. Les compétences des infirmières favorisent des soins globaux, sensibles aux besoins et axés sur le client, qui sont conformes aux normes de pratique dans le milieu actuel de la santé caractérisé par une évolution dynamique et rapide.

¹⁹ (AIIC, 2001).

²⁰ (ARNNL, 2001, p. 1).

²¹ (Shamian, 1998).



Les fournisseurs réglementés de soins infirmiers comprennent les infirmières autorisées (voir note 6, p.1), les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières autorisées qui ont des compétences en pratique infirmière avancée²². Elles doivent toutes rendre compte à leurs organismes de réglementation respectifs – dans le contexte de champs de pratique visés par une mesure législative – de leur adhésion aux normes de pratique et aux codes de déontologie.

Les fournisseurs de soins non réglementés ont commencé à jouer divers rôles d'un bout à l'autre du Canada. Les responsabilités et les descriptions de fonctions des fournisseurs non réglementés sont établies au niveau de l'organisation et varient considérablement entre les organismes et entre les provinces et territoires.

On a établi un lien entre la composition du personnel infirmier et les résultats pour les clients. Les travaux de recherche indiquent que dans les hôpitaux qui comptent plus d'infirmières par client ou une proportion plus élevée de compétences propres aux infirmières autorisées, le taux de mortalité est moins élevé, le taux de réhospitalisation dans les 30 jours suivant le départ est moins élevé, les séjours durent moins longtemps et il y a moins de cas de plaies de pression, de pneumonie, d'infection urinaire et d'infections postopératoires²³. Dans le domaine des soins à domicile, la recherche a démontré que les soins dispensés par des infirmières titulaires d'un baccalauréat entraînaient une réduction du nombre des visites²⁴ et une amélioration des résultats pour les clients²⁵.

La recherche indique que la base de connaissances approfondies des infirmières les prépare à jouer un rôle de premier plan, à prendre facilement des décisions et à appliquer des résultats de recherche²⁶. Ces infirmières jouent un rôle de premier plan dans le contexte du modèle de collaboration.

La prise de décisions sur la composition du personnel infirmier est complexe. Les infirmières d'un bout à l'autre du Canada ont des défis à relever. Liées par leurs responsabilités professionnelles et éthiques, « elles doivent veiller à la sécurité du client malgré les mises à pied et la délégation de tâches infirmières à d'autres catégories de travailleurs de la santé²⁷ », et malgré le remplacement d'infirmières par d'autres membres du personnel infirmier réglementé.

Au cours de la dernière décennie, l'évolution de la composition du personnel infirmier a entraîné un chevauchement des champs de pratique, et les gouvernements, les employeurs et les fournisseurs de soins infirmiers doivent préciser les responsabilités dans des milieux de travail précis.

Les organismes provinciaux/territoriaux de réglementation des infirmières ont mis au point à leur intention des outils d'aide à la décision en ce qui concerne la composition du personnel. Il existe aussi des ressources connexes au sujet de la délégation ou de l'affectation en matière de soins, ainsi qu'au sujet du champ de pratique et des compétences partagées.

²² La pratique infirmière avancée est une expression générale décrivant un niveau avancé de pratique infirmière qui maximise l'utilisation d'un savoir infirmier approfondi et de connaissances spécialisées pour répondre aux besoins des clients (particuliers, familles, groupes, populations ou collectivités au complet). (AIIC, 2002).

²³ (Aiken, Sloane, Lake, Sochalski & Weber, 1999; American Nurses Association, 1997, 2000; Hunt & Hagen, 1998; Needleman, Buerhaus, Matke, Stewart & Zelevinsky, 2002; O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis & Bruce, 2001; Tourangeau, Giovannetti, Tu & Wood, 2002.)

²⁴ (O'Brien-Pallas, Doran, Murray, Cockerill, Sidani, Laurie-Shaw, et al., 2001, p. 275).

²⁵ (O'Brien-Pallas, Doran, Murray, Cockerill, Sidani, Laurie-Shaw, et al., 2002, p. 17).

²⁶ (Boblin-Cummings, Baumann and Deber, 1999; Royle, DiCenso, Baumann, Boblin-Cummings, Blythe and Mallette, 2000; CNO, 2002; Estabrooks, 1998).

²⁷ (CNA, 1998, p. 1).

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2
Tél. : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : (613) 237-3520
Site web : www.cna-aiic.ca Courriel : info@cna-aiic.ca



La mise en œuvre d'une composition appropriée du personnel incombe conjointement à toutes les infirmières prises individuellement, aux infirmières administratrices et gestionnaires, aux employeurs, aux chercheurs, aux associations d'infirmières et aux organismes de réglementation, aux établissements d'enseignement et aux gouvernements.

Juin 2003

Références :

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Lake, E. T., Sochalski, J., & Weber, A. L. (1999). Organization and outcomes of in-patient AIDS care. *Medical Care*, 37(8), 760-772.
- 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. (2003). *Guidelines for assignment of patient/client care & staffing decisions*. Edmonton : auteur.
- American Nurses Association. (1997). *Implementing nursing's report card: A study of RN staffing, length of stay and patient outcomes*. Washington, D.C. : auteur.
- American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, D.C. : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (1998, juin). Questions éthiques relatives à la composition appropriée du personnel. *Déontologie pratique*, Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2001). *Énoncé de position de l'AIIC : Des milieux de travail de qualité pour les infirmières*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Ottawa : auteur.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *La pratique infirmière avancée*. Ottawa : auteur.
- Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. (2000). *Guidelines regarding shared scope of practice with licensed practical nurses*. St. John's : auteur.
- Boblin-Cummings, S., Baumann, A., & Deber, R. (1999). Critical elements in the process of decision making: A nursing perspective. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 12(1), 6-13.
- College of Registered Nurses of Manitoba. (2001). *Guideline for decision-making regarding the appropriate nursing care provider*. Winnipeg : auteur.
- Estabrooks, C. A. (1998). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 30(1), 15-36.
- Hunt, J. & Hagen, S. (1998). Nurse to patient ratios and patient outcomes. *Nursing Times*, 11(94), 63-66.
- 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.
- O'Brien-Pallas, L., Doran, D. I., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., et al. (2001). Evaluation of a client care delivery model, part 1: Variability in nursing utilization in community home nursing. *Nursing Economics*, 19(6), 267-276.

La permission de diffuser est accordée. Prière de mentionner l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Association des infirmières et infirmiers du Canada, 50, Driveway, Ottawa (Ontario) K2P 1E2
Tél. : (613) 237-2133 ou 1-800-361-8404 Téléc. : (613) 237-3520
Site web : www.cna-aiic.ca Courriel : info@cna-aiic.ca



- O'Brien-Pallas, L., Doran, D. I., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B., et al. (2002). Evaluation of a client care delivery model, part 2: Variability in client outcomes in community home nursing. *Nursing Economics*, 20(1), 13-21.
- 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.
- Registered Nurses Association of British Columbia. (2001). *Policy statement: Nursing staff mix for safe and appropriate care*. Vancouver : auteur.
- Royle, J., DiCenso, A., Baumann, A., Boblin-Cummings, S., Blythe, J., & Mallette, C. (2000). RN and RPN decision-making across settings. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 13(4), 11-18.
- Shamian, J. (1998). Skill mix and clinical outcomes. *Operating Room Nursing Journal*, 16(2), 36-41.
- Tourangeau, A. E., Giovannetti, P., Tu, J. V., & Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*. 33(4), 71-88.

Voir aussi :

Conseil international des infirmières *Prise de position : Le domaine de pratique des soins infirmiers* (1998)

EP-67