



Groupe de concertation et d'influence en soins infirmiers du Québec

Revoir le processus de dotation des ressources humaines en soins infirmiers : Un prérequis pour la sécurité et la qualité des soins

Avis présenté aux États généraux de l'OIIQ sous le thème de
« Savoir infirmier et compétences infirmières :
Mieux y recourir pour mieux soigner »

Présenté par le Groupe de concertation et d'influence en soins infirmiers du Québec

Les personnes ressources :

Claire Thibault
Responsable des communications externes
gcisiq.responsableexterne@gmail.com

Nicole Ricard
Facilitatrice
nicole.ricard@umontreal.ca

Mise en contexte

Le Groupe de concertation vise à influencer l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins infirmiers pour la santé des québécois. La mission est de promouvoir la contribution des infirmières à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins infirmiers en concertation avec les équipes des soins infirmiers et les autres professionnelles de la santé.

Le groupe s'est formé en 2018 suite à la détresse de plusieurs infirmières. Il se mobilise pour rejoindre le public, les partenaires du réseau et les élus. L'action de ces infirmières et infirmiers qui proviennent de divers secteurs du réseau de la santé, vise à informer, sensibiliser et proposer des conditions gagnantes pour que soit améliorée la qualité et la sécurité des soins et services de même que l'accessibilité à la population.

Nous identifions deux facteurs qui empêchent les infirmières et infirmiers d'occuper pleinement le champ d'exercice de leur profession : 1. Des mécanismes de dotation insuffisants et inadéquats, ainsi que : 2. Un taux d'encadrement de chef d'unité de soins/vie déficitaire.

Nous proposons des modalités qui pourraient améliorer la situation soit : un processus pour établir les effectifs requis quant au nombre de soignants, et à la mixité des catégories de personnel soignant nécessaires en fonction de critères reconnus décrit ci-dessous. Ce processus devrait être complété par l'élimination d'activités non-infirmières.

Nous croyons fortement qu'un un taux d'encadrement clinico-administratif de premier niveau optimal est essentiel pour encadrer et soutenir le personnel soignant. C'est ce qui sera abordé dans la deuxième partie de ce document.

La dotation de personnel infirmier soignant

Le rapport du Cirano (2020) indiquait que l'établissement d'une législation imposant des ratios minimums « est **une condition utile, mais qui reste non suffisante** pour garantir des soins infirmiers de qualité, sécuritaires, dispensés par un personnel de soins qualifié et en quantité suffisante »¹.

Cirano (2020) ajoute :

« Les preuves disponibles montrent qu'une dotation inadéquate en personnel infirmier est associée à la survenue de divers types d'évènements indésirables qui sont directement liés au travail de l'équipe de soins infirmiers (ex. plaies de pressions, erreurs d'administration des médicaments, chutes, infections nosocomiales), tout en restant sujets à diverses autres influences (interventions des autres membres de l'équipe interdisciplinaire, contexte d'organisation des services). À l'opposé, l'incidence de ces évènements considérés sensibles aux soins infirmiers est minimisée quand la dotation est mieux alignée sur les besoins de services. (p.9) »

Au Québec, la pratique de gestion d'imposer des heures supplémentaires obligatoires est décriée depuis plusieurs années (25 ans). Voici ce que révèle la recension des écrits de CIRANO :

¹ Dubois, Carl-Ardy, Borgès Da Silva, Lavoie-Tremblay, Mélanie et Clarke, Sean (2020) Effets des législations imposant des ratios minimaux obligatoires de personnel infirmier – Une synthèse des preuves scientifiques, CIRANO.

« De nombreuses preuves montrent que les pratiques de dotation qui misent à l'excès sur le temps supplémentaire peuvent se solder par des conséquences néfastes pour le personnel : maladies et blessures, fatigue et épuisement, absentéisme et roulement. De telles pratiques ne sont pas bénéfiques non plus pour les patients. Une étude réalisée en 2004 montrait que des erreurs et autres évènements indésirables pour les patients sont plus susceptibles de survenir lorsque les infirmières en milieu hospitalier travaillent plus de 12,5 heures consécutives ou plus de 40 heures par semaine. Ces preuves ont été corroborées dans différentes autres études réalisées dans différents pays, qui ont démontré une association entre l'allongement des heures et divers risques pour les patients ».

A. Processus pour établir les effectifs infirmiers en nombre suffisant

Harrington dans ses travaux propose cinq (5) étapes pour établir une dotation de personnel valable et pérenne². En voici une adaptation au contexte québécois :

1. Déterminer le niveau d'acuité et de besoins de soins infirmiers d'un groupe spécifique de patients
 - À partir des plans d'intervention de chaque patient et/ou d'outils de mesure validés dans ce domaine
 - À partir d'instruments de mesure reconnus tels l'autonomie fonctionnelle la mesure de la charge de travail...
 - Suite à des consultations du CII, du Comité des usagers, des bénéficiaires et leurs familles et des syndicats
2. Déterminer le niveau actuel de dotation de personnel soignant (infirmière et infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires).
 - Heures travaillées/patient/catégorie de personnel actuel
 - Soustraire le temps de formation, de réunions, etc.
3. Identifier le niveau de dotation nécessaire pour répondre aux besoins en soins infirmiers des patients
 - À partir de recommandations d'experts et de la recherche
 - Le Rapport de projet CIRANO peut être utile
4. Examiner les données complémentaires permettant d'évaluer l'adéquation entre les besoins soins infirmiers et la dotation actuelle (omission de soins, indicateurs de qualité, rapports d'incidents et accidents, réadmissions, rapports d'Agrément, rapports d'enquête, plaintes, attrition, absences maladie, etc.).
5. Identifier l'écart entre la dotation de personnel actuel et les effectifs requis basés sur l'acuité ou les besoins de soins.

Pour compléter ces informations, il faudra aussi

- Étudier les absences des trois dernières années.

² Harrington, C., Dellefield, M.E, Halifax, L., Fleming M.L. et Bakerjian, D. (2020) Appropriate Nurse Staffing Levels for U.S. Nursing Homes, Health Services Insights, Volume 13: 1–14.

- Établir le niveau de surdotation de personnel pour répondre aux besoins
- Tenir compte du type d'environnement
- Tenir compte des caractéristiques des lieux physiques
- Tenir compte de l'expérience et de la formation du personnel soignant du groupe cible de patients

B. Établir la mixité des catégories de personnel soignant requis

Une fois le nombre de soignants établi pour chaque quart de travail, il faudra établir les proportions de chaque catégorie de personnel infirmier nécessaire.

- Recommandations d'organismes professionnels, d'experts et de la recherche, projet de rapport CIRANO
- Tenir compte de la formation et de l'expérience et du rôle de chacun
- Tenir compte des droits de pratique
- Éviter la division des tâches qui entrave le travail en équipe

C. Éliminer les activités non-infirmières

Pour assurer que chacun puisse utiliser ses compétences, éliminer du travail des soignants les tâches qui ne sont pas du ressort des soins infirmiers en prévoyant des travailleurs de soutien.

Dans un passé pas si lointain, des projets pilotes, une collaboration MSSS-FIQ, portant sur la dotation du personnel, avaient été mis sur pieds. À notre connaissance, il appert qu'aucun rapport officiel n'a été produit suite à ces projets qui ont en grande partie été abandonnés. Pour garantir que les instances administratives des établissements prennent au sérieux les résultats de ce processus et mettent en place les effectifs requis, le processus doit être obligatoire et avec reddition de compte. L'information sur la dotation de personnel infirmier doit être publique.

D. Norme maximum d'heures travaillées

Compte tenu de la dangerosité d'un nombre excessif d'heures travaillées, une norme doit être établie pour règlementer le nombre maximum d'heures travaillées par 24 heures et par semaine.

L'encadrement

Il ne suffit pas d'avoir un nombre suffisant de personnel soignant nécessaire pour assurer la qualité des soins. Il faut que ces soignants puissent recevoir le soutien clinique et l'encadrement administratif essentiels à leur exercice professionnel dans tous les milieux de soins.

Selon Penconek et al. (2021) les études démontrent que les cadres infirmiers de premier niveau jouent un rôle central pour créer un environnement de travail sain de soins, pour promouvoir la satisfaction des infirmières et réduire l'attrition³.

Toujours selon ces auteurs (2021) ce qui engendre de l'insatisfaction chez les cadres infirmiers de premier niveau est un taux d'encadrement trop grand et une surcharge de travail. De plus, une des sources de satisfaction est le soutien social entre cadre et subordonnés.

³ Penconek, Tatiana et al. (2021) Determinants of nurse manager job satisfaction: A systematic review, International Journal of Nursing Studies, Février.

Les infirmières qui encadrent les unités de soin/de vie doivent avoir une formation qui permet une compétence clinique et une vision claire de la nature des soins infirmiers et de son organisation.

Actuellement, les cadres se voient attribuer plusieurs unités de soins. Ces unités sont malheureusement souvent sur des sites différents parfois assez éloignés les uns des autres. Aussi, ces cadres consacrent une grande partie de leur temps en réunion en dehors de l'unité de soins, donc éloignés des problèmes et enjeux quotidiens. De plus en plus d'interlocuteurs militent en faveur d'un meilleur encadrement clinico-administratif de proximité.

RECOMMANDATIONS

En lien avec la dotation de personnel infirmier soignant

1. Un comité national de la dotation du personnel soignant et la qualité des soins devrait être constitué en lien avec des instances locales. Ce comité pourrait déterminer des normes, outils, assurer un leadership et du soutien car il s'agit d'un processus complexe. Il devrait relever de la DSI Nationale
2. Qu'un comité de dotation du personnel infirmier soit constitué dans chaque établissement qui y fasse une importante place aux chefs d'unité de soins/de vie et aux infirmières de l'équipe soignante
3. Qu'un outil d'évaluation de l'acuité des besoins de soins soit identifié pour chaque catégorie de clientèle
4. Que des ratios minimaux soignant/patient soient établis pour chaque catégorie de clientèle et par catégorie de soignant et selon le niveau de complexité des soins
5. Qu'un processus rigoureux soit établi pour veiller à la dotation de personnel nécessaire pour répondre aux besoins de chaque catégorie de clientèle. Ce processus doit être obligatoire pour chaque établissement en tenir compte de leur contexte.
6. Qu'une formation soit mise en place pour assurer une généralisation et rigueur dans le processus de dotation
7. Qu'une reddition de compte soit exigée
8. Que le processus d'évaluation de la dotation de personnel requis soit réalisé sur une base régulière selon le type de clientèle.
9. Que l'information sur la dotation du personnel infirmier soit de nature publique pour chaque installation de chaque établissement.
10. Qu'une norme nationale soit établie pour réglementer le nombre maximum d'heures travaillées par un soignant par 24 heures et par semaine.

Taux d'encadrement

1. Établir des normes pour le temps de présence de l'infirmière cadre au sein même de l'unité de soins/de vie
2. Assurer la formation des cadres infirmiers pour parfaire leurs compétences en leadership et pour le soutien clinique
3. Rétablir les postes de cadre infirmier permettant une gestion de proximité et l'assurance d'un soutien clinico-administratif au quotidien de l'équipe soignante
4. Dans les unités de soins de séjour de 24 heures, le cadre doit être une infirmière
5. Faire de la recherche pour établir le taux d'encadrement nécessaire de jour de soir et de nuit pour assurer la qualité des soins et le soutien aux soignants en fonction de divers contextes de soins