



Développement et maintien de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail

Deuxième édition

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario



C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) vous présente la deuxième édition du document sur les lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LPDE) en matière de système et milieu de travail sains *Développement et maintien de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail*. La pratique basée sur des données probantes va de pair avec l'excellence du service que les infirmières et les infirmiers s'engagent à vous offrir chaque jour. L'AIIAO est ravie de pouvoir présenter cette ressource fondamentale.

Nous remercions chaleureusement les nombreux intervenants qui contribuent à concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires, en commençant par le gouvernement de l'Ontario, qui a reconnu la capacité de l'AIIAO à diriger le programme et a fourni un financement s'étalant sur plusieurs années. Je souhaite également remercier pour leurs compétences et leur leadership inestimables M^{me} Irmajean Bajnok, Ph. D., directrice sortante du Centre des Affaires internationales et des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO, M^{me} Michelle Rey, la directrice adjointe, et M^{me} Althea Stewart-Pyne, la gestionnaire de programme. Je tiens également à remercier les coprésidentes du comité d'experts, Linda Silas (présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers) et Tracy Kitch (présidente-directrice générale du IWK Health Centre), pour leur expertise et leur gérance exemplaire de ce projet de ligne directrice. Merci également au personnel de l'AIIAO, Anastasia Harripaul, Tasha Penney, Oliwia Klej et Patti Hogg du travail considérable qu'ils ont accompli dans la réalisation de cette ligne directrice. Je remercie tout particulièrement les membres du comité d'experts de l'AIIAO d'avoir généreusement mis à disposition leur temps et leur expertise pour produire un document clinique rigoureux et fiable. Sans vous, nous n'y serions pas arrivés.

L'application réussie des lignes directrices sur les pratiques exemplaires exige un effort concerté des éducateurs, des cliniciens, des employeurs, des décideurs politiques et des chercheurs. Forts de leur engagement et de leur quête d'excellence dans les soins aux patients, le personnel infirmier et les fournisseurs de soins de santé ont fourni l'expertise et les innombrables heures de travail bénévole indispensables à l'élaboration et à la révision de chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme en nommant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre certaines lignes directrices et en évaluant leur incidence sur les patients et les milieux de soins. Les gouvernements au pays et à l'étranger se sont joints à ce cheminement. Ensemble, nous bâtissons une culture de pratique fondée sur des données probantes.

Nous vous demandons de partager cette ligne directrice avec vos collègues des autres professions, car nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Nous devons garantir ensemble que les citoyens reçoivent les meilleurs soins possible de notre part chaque fois qu'ils ont besoin de nos services de sorte qu'ils soient les premiers bénéficiaires de ce grand effort.

Doris Grinspun, IA, M. Sc. Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale,
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

Comment utiliser ce document	5	CONTEXTE
Objet et champ d'application	6	
Comité d'experts de l'AIIAO	7	
Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO	9	
Tableau synthétique des recommandations	10	
Interprétation des données probantes	14	
Remerciements aux intervenants	15	
Contexte du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le système et les milieux de travail sains	18	
Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le système et les milieux de travail sains	20	
Contexte	24	RECOMMANDATIONS
Recommandations relatives à l'organisation	26	
Recommandations individuelles	35	
Recommandations externes/relatives au système	41	
Lacunes de la recherche et conséquences futures	45	
Stratégies de mise en œuvre	46	
Évaluation et suivi de la présente ligne directrice	48	
Processus de mise à jour et l'examen de la ligne directrice	51	

RÉFÉRENCES	Références	52
ANNEXES	Annexe A : Glossaire	60
	Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice	65
	Annexe C : Processus d'examen systématique et stratégie de recherche	66
	Annexe D : Aperçu du modèle de systèmes de prestation de soins aux patients lié à la promotion de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail	69
	Annexe E : Niveaux de prise de décision liés à la promotion de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail	72
	Annexe F : Description de la Trousse	74
	Annexe G : Modèle de charte du comité de dotation en personnel infirmier	75
LETTRES D'APPUI	Appuis	77
NOTES	Notes	79

Comment utiliser ce document

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE)^G pour le système et le milieu de travail sains^{G*} est un document fondé sur des données probantes qui décrit des stratégies pour développer et maintenir des pratiques sûres et efficaces en matière de dotation de charge de travail et en personnel infirmier. Il ne s'agit pas d'un manuel ou d'un guide pratique, mais plutôt d'une ressource visant à guider les pratiques exemplaires associées à une dotation sûre et efficace en personnel infirmier. Les utilisateurs de cette ligne directrice doivent appliquer ses recommandations selon les besoins des organisations, les milieux de pratique, et de la personne qui fournit des soins et des services au sein du système de soins de santé.

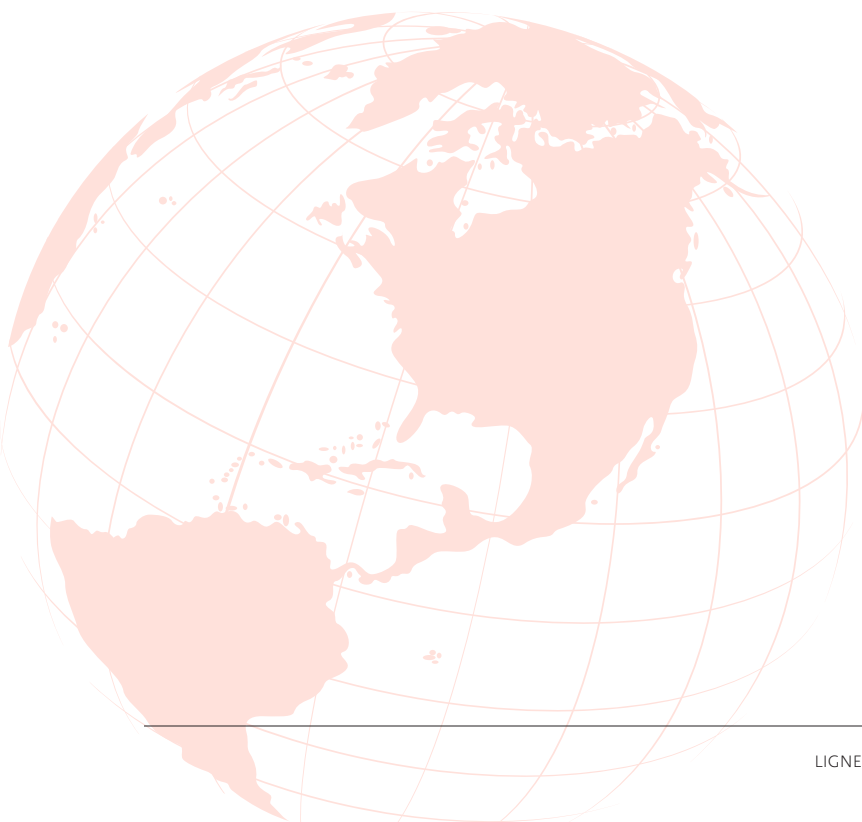
Le personnel infirmier^G, les autres prestataires de soins de santé^G et les administrateurs trouveront dans ce document de l'information très utile pour élaborer des politiques et des outils pour appuyer la dotation en personnel sûre et efficace dans le contexte des établissements de soins de santé. Le personnel infirmier et les autres prestataires de soins de santé qui fournissent des soins directs tireront profit des recommandations et des données probantes sur lesquelles elles s'appuient.

Si votre organisation adopte cette ligne directrice, nous vous recommandons de suivre les étapes suivantes :

1. Lire la section Cadre notionnel;
2. Faire une évaluation des besoins en personnel de votre organisation, ses pratiques et ses modèles de dotation en personnel;
3. Déterminer les recommandations qui répondront aux besoins ou combleront les lacunes en matière de dotation en personnel;
4. Élaborer un plan pour la mise en œuvre des recommandations.

Ressources de mise en œuvre, dont la publication de l'AIIAO intitulée Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2012), accessible sur le site Web de l'AIIAO à l'adresse www.RNAO.ca. Nous aimerions savoir comment vous avez concrètement mis en œuvre les recommandations de la présente ligne directrice. Merci de nous faire part de votre expérience.

* Dans le présent document, les termes suivis de la lettre « G » en exposant (^G) sont définis dans le Glossaire ([Annexe A](#)).



Objet et champ d'application

Objet

Un milieu de travail sain pour le personnel infirmier est un cadre de pratique qui maximise la santé et le bien-être du personnel infirmier tout en assurant une meilleure performance organisationnelle et les meilleurs résultats possible pour les patients, leurs familles et la collectivité. Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) se concentre sur les recommandations relatives à la dotation en personnel et à la charge de travail fondées sur des données probantes qui peuvent être mises en œuvre au profit des patients, du personnel infirmier et des autres prestataires de soins de santé, des organisations, ainsi que de la recherche, de l'éducation, des politiques et des systèmes de soins de santé. L'objectif de ces lignes directrices est d'aider le personnel infirmier, les responsables des soins infirmiers et les groupes de gestion supérieure dans tous les domaines et contextes de pratique à créer des milieux de travail sains grâce à des pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail. Ces pratiques sont essentielles pour les organisations de soins de santé, car elles favorisent la continuité des soins^G et des soignants pour les patients et peuvent, en fin de compte, améliorer les expériences et les résultats des patients.

Champ d'application

Cette ligne directrice traite des points suivants :

- les connaissances, les compétences et les comportements qui favorisent des pratiques sûres et efficaces en matière de dotation et de charge de travail;
- les exigences et les stratégies éducatives qui soutiennent des pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail;
- le financement de politiques organisationnelles, opérationnelles et systémiques qui appuient des pratiques sûres et efficaces en matière de dotation et de charge de travail;
- les possibilités de recherche futures.

Les recommandations de la ligne directrice sont fondées sur des données les plus probantes disponibles. Lorsque les données probantes étaient insuffisantes, les recommandations ont été fondées sur un consensus basé sur des opinions d'experts.

Cette ligne directrice s'adresse à toutes les catégories du personnel infirmier, quels que soient leur rôle et leur cadre d'exercice, notamment : les administrateurs aux niveaux de l'unité, de l'organisation et du système, le personnel infirmier clinique, les étudiants, les enseignants, les chercheurs et les membres de l'équipe interprofessionnelle. Elle peut également être utilisée par les décideurs politiques, les groupes de patients, les gouvernements, les organisations professionnelles, les employeurs, les groupes de travailleurs et les organismes de normalisation et d'orientation fédéraux, provinciaux et territoriaux, comme Agrément Canada.

L'utilisation du terme « patient » dans la présente ligne directrice

Dans la présente ligne directrice, le terme patient^G est utilisé à la place d'autres termes (tels que « personne », « client », « consommateur » ou « résident ») pour désigner les personnes et leurs familles qui ont accès aux soins dans tous les secteurs du système de santé.

Pour en savoir plus sur la présente ligne directrice, y compris sur son processus d'élaboration, sur l'examen systématique^G et sur la stratégie de recherche, consultez les [Annexes B et C](#).

Comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Linda Silas, IA, B.Sc.Inf

Coprésidente du comité

Présidente, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers
Ottawa (Ontario)

Tracy Kitch, IA, M.Sc.Inf

Coprésidente du comité (d'avril 2014 à novembre 2014)

Présidente-directrice générale, IWK Health Centre
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Cheryl Beemer, IA

Unité d'investigation du cœur
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Lois Berry, IA, B.Sc.Inf, MCEd, Ph. D.

Vice-présidente adjointe par intérim, Santé
Université de la Saskatchewan
Saskatoon, Saskatchewan

Kim Brooks, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.

Directrice du développement régional
Bayshore Home Health
Mississauga (Ontario)

Robert Calnan, IA, B.Sc.Inf, M.Éd.

Chef national des soins infirmiers et ancien président de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)
Victoria (Colombie-Britannique)

Mary Ellen Gurnham, IA, M.Sc.inf.

Pratique et apprentissage interprofessionnels
Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse, zone centrale
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Linda Hunter, IA, M.Sc.Inf, Ph. D. (C)

Infirmière chef
Le Centre de santé Perley et Rideau pour les anciens combattants
Ottawa (Ontario)

Kim Jarvi

Économiste principal
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Maura MacPhee, IA, Ph. D.

Professeure
Directrice associée, programme de premier cycle
École des sciences infirmières de l'UBC
Vancouver (Colombie-Britannique)

Linda O'Brien-Pallas, IA, Ph. D., FCAHS

Professeure émérite
Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Patricia O'Connor, IA, M.Sc.Inf, CHE, FCCHL

Consultante indépendante et conseillère en amélioration clinique
Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
Montréal (Québec)

Jo Anne Shannon, IA

Spécialiste de la pratique professionnelle
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Meaghan Sharp, IA, B.Sc.Inf., M.B.A.

Vice-présidente de la santé des personnes âgées
et chef des soins infirmiers
St. Joseph's Care Group
Thunder Bay (Ontario)

Des déclarations d'intérêt qui pourraient être interprétées comme constituant un conflit réel, potentiel ou apparent ont été faites par tous les membres du comité d'experts de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, et ces derniers ont été invités à mettre à jour leurs divulgations régulièrement pendant toute la durée du processus d'élaboration de la ligne directrice. On a demandé des renseignements sur les intérêts financiers, intellectuels, personnels et autres, et ceux-ci ont été documentés aux fins de consultation ultérieure. Aucun conflit d'intérêts contraignant n'a été relevé.

On peut obtenir de plus amples renseignements à ce sujet auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.



Équipe du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Althea Stewart-Pyne, IA, M.Sc.S.

Directrice de programme
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Julie Blain-McLeod, IA, B.Sc.Inf., M.A.

Associée de recherche en sciences infirmières
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Anastasia Harripaul-Yhap, IA, M.Sc.(A)

Analyste de la politique des soins infirmiers (2014-2015)
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Patricia Hogg, B.A (hon.)

Coordinatrice du programme (2014)
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Oliwia Klej, B.Sc. (hon.)

Coordonnatrice de projet
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Tasha Penney, IA, M.Sc.inf., ICPSM(C)

Gestionnaire, Recherche et évaluation
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Gurjit Toor, IA, M. en santé publique

Analyste de la qualité des données
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Résumé des recommandations

Cette Ligne directrice remplace la LDPE de l'AIIAO intitulée *Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation de personnel et de charge de travail* (2007).

Nous avons organisé ces recommandations en fonction des concepts clés du cadre pour des milieux de travail sains :

- Recommandations relatives à l'organisation
- Recommandations individuelles
- Recommandations externes/relatives au système

Nous avons utilisé ces symboles pour chaque recommandation :

- ✓ Aucune modification n'a été apportée à la recommandation à la suite de l'examen systématique des données probantes.
- ⊕ La recommandation et les données probantes à l'appui ont été mises à jour avec les données probantes de l'examen méthodique.

NOUVELLE Une nouvelle recommandation a été élaborée en s'appuyant sur les données probantes de la revue systématique.

RECOMMANDATIONS		FORCE DE LA PREUVE	
Recommandations relatives à l'organisation	<p>Recommandation 1.0 :</p> <p>Les organisations élaborent un plan de main-d'œuvre afin d'assurer une dotation en personnel qui facilite la prestation de soins sûrs, compétents, adaptés à la culture et éthiques, ainsi que des résultats positifs pour les patients.</p>	IV	⊕
	<p>Recommandation 1.1 :</p> <p>Les processus de dotation en personnel infirmier sûrs sont menés par des chefs infirmiers d'unité/opérationnels qui possèdent les connaissances, le jugement professionnel, les compétences et l'autorité nécessaires, en collaboration avec le personnel infirmier sur le lieu des soins.</p>	IV, V	⊕
	<p>Recommandation 1.2 :</p> <p>Le conseil d'administration, la direction administrative et les ressources humaines travaillent en collaboration avec les responsables des points de service pour s'assurer que des processus de dotation efficaces, des modèles appropriés de prestation de soins et un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans les catégories appropriées sont en place afin de fournir des soins sûrs, de qualité et axés sur le patient.</p>	IV	⊕

RECOMMANDATIONS		FORCE DE LA PREUVE	
Recommandations relatives à l'organisation (suite)	Recommandation 1.3 : Les organisations prévoient dans leur budget un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans les catégories appropriées pour favoriser la prestation de soins de qualité et sûrs aux patients et l'obtention de résultats positifs pour ces derniers, et pour réduire les coûts financiers associés aux heures supplémentaires.	IV	NOUVELLE
	Recommandation 1.4 : Les organisations et les responsables de la dotation en personnel créent et utilisent une stratégie de communication claire pour répondre aux besoins en personnel dans des situations imprévues, telles que les pandémies, les codes blancs, bruns et noirs, et autres situations de catastrophe.	V	NOUVELLE
	Recommandation 1.5 : Les organisations développent un cadre global, tel que le modèle des systèmes de prestation de soins aux patients (MSPSP), pour les aider à comprendre les besoins en personnel et leur impact sur les résultats intermédiaires et distaux.	IV, V	+
	Recommandation 2.0 : Les organisations utilisent des outils fiables et valides pour aider à déterminer les besoins des patients et la charge de travail afin de soutenir les soins personnalisés et de fournir un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans les catégories appropriées pour fournir des soins aux patients sûrs et de qualité.	Ia, V	NOUVELLE
	Recommandation 2.1 : Les organisations utilisent des dossiers de santé électroniques (DSE) et d'autres systèmes intégrés, le cas échéant, pour soutenir des processus de charge de travail sûrs et efficaces.	V	NOUVELLE
	Recommandation 3.0 : Les chefs des services infirmiers prennent des décisions fondées sur des données probantes lorsqu'ils planifient la dotation en personnel infirmier afin de fournir un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans les catégories appropriées requises pour répondre de manière sûre et efficace aux besoins des patients.	IV, V	+

RECOMMANDATIONS		TYPE DE DONNÉES PROBANTES	
Recommandations individuelles	Recommandation 4.0 Le personnel infirmier, y compris celui en chef, responsables des décisions quotidiennes en matière de dotation en personnel pour leur unité ou leur équipe, démontrent des compétences et des connaissances qui appuient une approche globale de la dotation, notamment les suivantes : connaissance des besoins des patients; connaissance de l'équipe, y compris une compréhension des niveaux de compétence individuels, des aptitudes à la communication, de la flexibilité, des compétences et des champs d'exercice; et une compréhension de l'organisation.	IV	NOUVELLE
	Recommandation 4.1 : Tout le personnel comprend et applique les processus de rapport et de documentation des pratiques de dotation en personnel dangereuses, conformément aux exigences des organismes de réglementation et des politiques organisationnelles.	V	NOUVELLE
	Recommandation 4.2 : Le personnel infirmier des points de service participe aux décisions relatives à la dotation en personnel aux niveaux stratégique, opérationnel et quotidien en utilisant les processus de gouvernance partagée.	V	NOUVELLE
	Recommandation 4.3 : Le personnel infirmier aux points de service démontre qu'il comprend les politiques et les processus de dotation de l'organisation et de l'unité par les moyens suivants : la présence régulière, la planification proactive des vacances, la notification appropriée des congés de maladie et la connaissance des rôles des membres de l'équipe interprofessionnelle et intraprofessionnelle.	IV, V	NOUVELLE
	Recommandation 4.4 : Les chefs des services infirmiers soutiennent la mise en place et le fonctionnement d'un comité de dotation en personnel composé de représentants de toutes les unités/équipes/secteurs, y compris l'administration, et dont la majorité des membres sont des infirmières et des infirmiers autorisés de point de service.	V	NOUVELLE
Recommandations externes / relatives au système	Recommandation 5.0 : Les organismes d'accréditation et d'approbation intègrent des indicateurs fondés sur des données probantes qui reflètent les pratiques exemplaires en matière d'expérience des patients et de soins sûrs, éthiques et de haute qualité liés à la dotation en personnel infirmier.	IV	+

RECOMMANDATIONS		TYPE DE DONNÉES PROBANTES	
Recommandations relatives aux gouvernements	<p>Recommandation 6.0 :</p> <p>Les gouvernements s'engagent à élaborer une loi protégeant le personnel infirmier et les autres membres du personnel de santé qui signalent des pratiques de dotation en personnel compromettant la sécurité et la qualité des soins.</p>	V	+
	<p>Recommandation 6.1 :</p> <p>Les gouvernements s'engagent à fournir des ressources financières et un encadrement visant spécifiquement à créer des milieux de travail sains qui favorisent des pratiques de dotation en personnel sûres, encouragent la rétention du personnel infirmier et contribuent à des résultats positifs pour les patients.</p>	IV	+
Recommandations relatives à la recherche	<p>Recommandation 7.0 :</p> <p>Les organismes de financement soutiennent activement les chercheurs en soins infirmiers pour qu'ils continuent à étudier l'impact et les résultats de la dotation en personnel sur les infirmières et les infirmiers, les patients, les organisations et les systèmes.</p>	V	+



Interprétation des données probantes

Différents niveaux de qualité des données probantes sont attribués à la conception des études afin de classer la mesure dans laquelle chacune parvient à éliminer les autres explications du phénomène étudié. Plus le niveau de qualité des données probantes est élevé, plus la probabilité est grande que les relations présentées entre les variables soient vraies. Les niveaux de qualité des données probantes ne reflètent en rien le mérite ou la qualité des différentes études.

NIVEAU	SOURCE DES DONNÉES PROBANTES
Ia	Données probantes obtenues à partir de méta-analyses ^G ou d'un examen systématique ^G d'essais cliniques randomisés et de synthèses de plusieurs études, surtout d'études quantitatives.
Ib	Données probantes obtenues à partir d'au moins un essai clinique randomisé ^G .
IIa	Données probantes obtenues à partir d'au moins une étude contrôlée ^G bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes obtenues à partir d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale ^G bien conçue, sans répartition aléatoire.
III	Synthèse de plusieurs études surtout de recherche qualitative ^G .
IV	Données probantes obtenues à partir d'études d'observation non expérimentales bien conçues, telles que des études analytiques ^G , ou des études descriptives ^G et/ou des études qualitatives.
V	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions d'un comité d'experts, ou encore s'appuyant sur l'expérience clinique d'autorités reconnues.

Adapté du Scottish Intercollegiate Guidelines Network (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN], 2011) et de Pati (2011).

Remerciements aux intervenants

L'AIIAO s'engage à obtenir des commentaires d'infirmières et d'infirmiers, et d'autres professionnels de la santé provenant d'un large éventail de milieux et de rôles, d'administrateurs compétents, d'organismes finançant les soins de santé et d'associations d'intervenants^G en tant que composante du processus de développement des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires. Nous avons sollicité les commentaires d'intervenants représentant divers points de vue*. L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes suivantes pour leur contribution à la révision de la présente ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers :

Patrick Chiu, IA, B.Sc.Inf., maîtrise en santé publique

Chef, Initiatives politiques
Association des infirmières et infirmiers autorisés de la Colombie-Britannique
Vancouver (Colombie-Britannique)

Brittany Clowes, IA

Infirmière autorisée – Urgences
Hôpital Mémorial du district de Nipigon
Thunder Bay (Ontario)

Ashleigh Davis, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Hamilton Health Sciences
Hamilton (Ontario)

Jeanette Droogendyk, IA

Administratrice du site
St. Joseph's Healthcare Hamilton
Stoney Creek (Ontario)

Kathy-Lynn Greig, IAA

Infirmière soignante
Hôpital de Scarborough – Campus Birchmount
Toronto (Ontario)

Cathryn Hoy, IA

Présidente du syndicat/Infirmière autorisée
Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario/
Hôpital général de Kingston
Kingston (Ontario)

Sara Lamoureux, IA, ICPSM(C), MScCH(c)

Infirmière autorisée
Hôpital Casey House
Toronto (Ontario)

Jessica LeBlanc-Richards, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière autorisée
Lakeridge Health Oshawa
Whitby (Ontario)

Madeline Logan-John-Baptiste, IA., B.Sc. Inf., M.B.A.(c), CSU(c)

Gestionnaire de la cafétéria des patients
Mackenzie Health
Maple (Ontario)

Ashley Malloff, IA, B. Sc. Inf., CSU(c)

Infirmière gestionnaire du service d'informatique clinique
L'Hôpital Montfort
Ottawa (Ontario)

Arlene Masaba, IA, B. Sc. Inf., M. Sc. Inf

Infirmière de soutien à l'orientation clinique
The Hospital for Sick Children
Oakville (Ontario)

Amanda McManaman, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique
Unité de santé Grey Bruce
Owen Sound (Ontario)

Chelsea Meixner, IA, B.Sc.Inf.

Infirmière soignante
DMC – Hôpital de l'université Harper
Belle River (Ontario)

Brenda Mundy IPA., IA, B. Sc. Inf.

Gestionnaire, pratique professionnelle
Southlake Regional Health Centre
Newmarket (Ontario)

Remerciements aux intervenants

Julia O'Brien, IA, M.Sc.HSEd

Infirmière des urgences
Hôpital Memorial de Cambridge
Cambridge (Ontario)

Alvisa Palese, MNS

Professeure agrégée
Université d'Udine
Udine, Italie

Ann-Marie Patterson, IA

Infirmière autorisée
L'Hôpital d'Ottawa
Kingston (Ontario)

Elizabeth Sevigny, IA, M.Sc, Inf., ICPSM(C)

Consultante en planification des effectifs
Centre universitaire de santé McGill
Hamilton (Ontario)

Susanne Sferrazza-Swayze, IAA

IPA, Unité médico-légale sécurisée
St. Joseph' Healthcare Hamilton
Hamilton (Ontario)

Mary Anne Smith, IA, B.Sc.Inf., COHN (c)

Infirmière en santé au travail/Coordonatrice des cas
d'invalidité, University Health Network
North York (Ontario)

Hilda Swirsky, IA, B.Sc.Inf., M.Éd.

Infirmière autorisée
Sinai Health System
Toronto (Ontario)

Melissa Tawiah, B.Sc.Inf., IA

Infirmière autorisée
Toronto General Hospital
Mississauga (Ontario)

Kim Watson, IA, DPHN, M.Sc, Inf.

Praticienne holistique : T.O.L. Services,
Les thérapies Biofield : Maître Reiki, HT, TT
Infirmière en traumatologie aux urgences
Hôpital régional de Windsor
Windsor, Ontario

Christopher White, IA, B.Sc.Inf., M.Sc.

Étudiant infirmier
Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

* Les intervenants qui ont participé à l'examen ont une expertise sur l'objet de la ligne directrice ou sont des représentants d'organismes qui participent à sa mise en œuvre ou qui sont concernés par celle-ci. Il peut s'agir d'infirmières et d'infirmiers, et d'autres fournisseurs de soins de santé au point de service, d'infirmières et d'infirmiers gestionnaires, d'administrateurs, d'experts en recherche, de membres de l'équipe interprofessionnelle, d'enseignants, d'étudiants en sciences infirmières ou de patients. L'AIIAO cherche à obtenir le point de vue d'intervenants qui représentent une diversité de secteurs de la santé, de rôles dans le domaine des soins infirmiers et d'autres professions (p. ex., la pratique clinique, la recherche, l'enseignement et les politiques) et de régions.

Les intervenants qui ont participé à l'examen des LDPE de l'AIIAO ont été sélectionnés selon deux méthodes. Première méthode : les intervenants sont recrutés au moyen d'un appel public diffusé sur le site Web de l'AIIAO (www.RNAO.ca/bpg/get-involved/stakeholder). Seconde méthode : l'équipe de recherche et d'élaboration des lignes directrices et les membres du comité d'experts sélectionnent des personnes et des organisations ayant une expertise dans le domaine du sujet traité par la ligne directrice, puis les invitent à participer à l'examen. On demande aux réviseurs de lire complètement une ébauche de la ligne directrice et de participer à sa révision avant la publication.

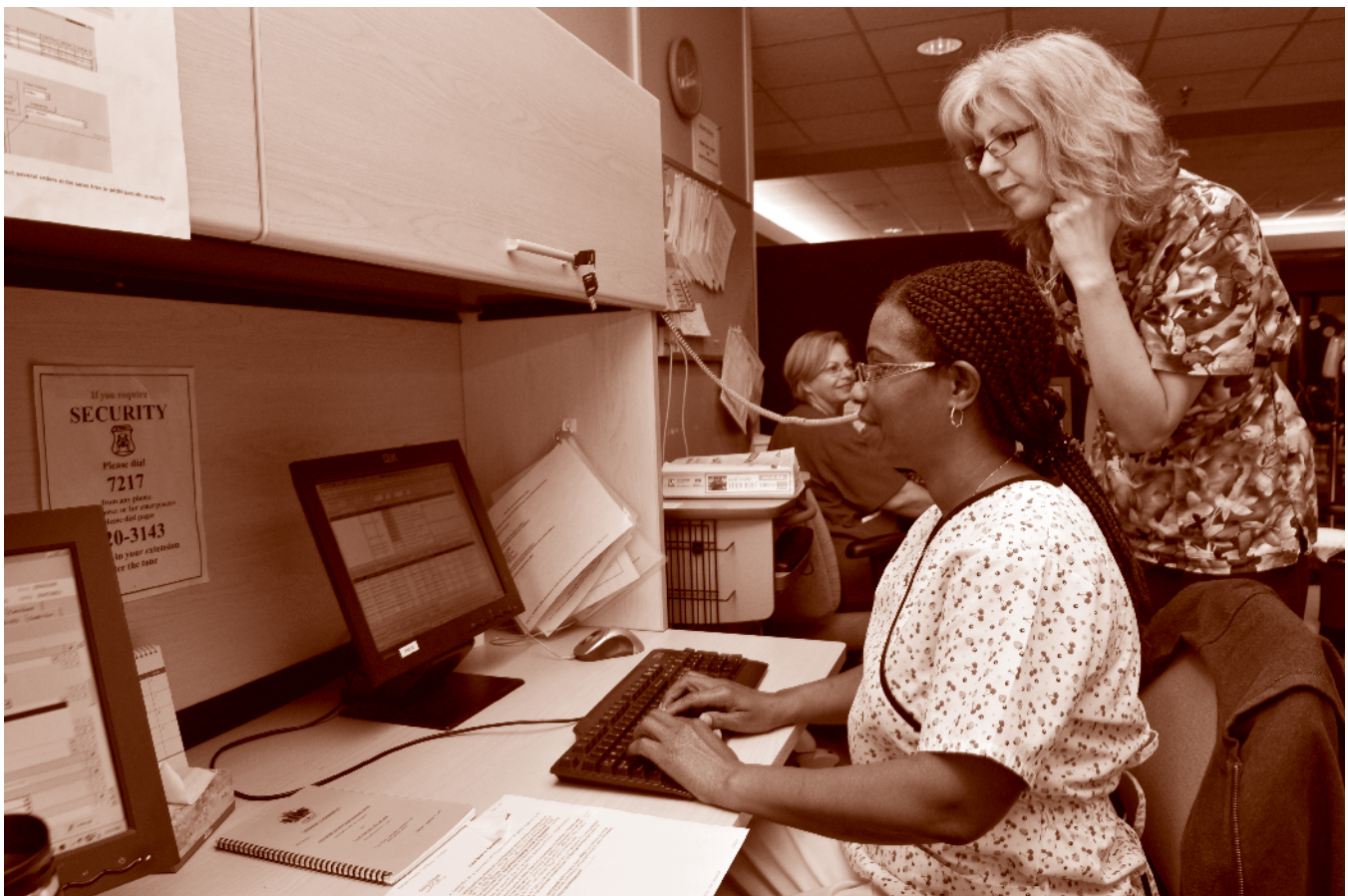
Les intervenants soumettent leurs commentaires en remplissant un questionnaire en ligne. Ils sont invités à répondre aux questions suivantes pour chaque recommandation :

- Cette recommandation est-elle claire?
- Êtes-vous d'accord avec cette recommandation?
- Les données probantes appuient-elles cette recommandation?

Le sondage offre aussi aux parties prenantes l'occasion d'inclure des commentaires pour chaque section de la ligne directrice.

L'équipe d'élaboration de la ligne directrice compile les formulaires de sondage remplis et prépare un résumé des commentaires reçus. Le groupe d'experts de l'AIIAO examine et considère tous les commentaires et, au besoin, modifie le contenu de la ligne directrice ainsi que les recommandations avant la publication pour tenir compte des commentaires reçus.

Les réviseurs intervenants ont consenti à la publication de leur nom et de leurs renseignements professionnels pertinents dans la présente ligne directrice.



Contexte du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le système et les milieux de travail sains

Des milieux de travail sains qui optimisent la santé et le bien-être du personnel infirmier sont essentiels pour obtenir les meilleurs résultats pour ce dernier et ses patients, ainsi que pour les organisations de soins de santé et le système de soins de santé dans son ensemble. Le personnel infirmier est essentiel à l'obtention et au maintien d'un accès abordable à des soins de santé de qualité et en temps opportun pour les Canadiens. La qualité du milieu de travail du personnel infirmier a une incidence sur sa santé physique et psychologique, sur les résultats des patients et sur le système de santé dans son ensemble.

Le milieu des soins de santé a de plus en plus besoin de mesures rentables qui produisent des résultats positifs pour les patients, le personnel infirmier et les organisations de soins de santé (Joanna Briggs Institute, 2006). Divers facteurs – dont l'augmentation des coûts, les pressions pour accroître la productivité et le vieillissement de la population – peuvent nuire à la création de milieux de travail sains. Il convient donc d'accorder une attention particulière à cet aspect essentiel pour l'atteinte de l'excellence clinique dans les soins de santé.

L'idée de rédiger et de diffuser à grande échelle un guide sur les milieux de travail sains pour le personnel infirmier a d'abord été proposée par l'AIIAO dans son rapport de 2000 intitulé *Ensuring the care will be there: Report on Nursing Recruitment and Retention in Ontario*. L'AIIAO a soumis le rapport au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD), et il a ensuite été approuvé par le Comité mixte provincial des soins infirmiers (CMSI). Le projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de milieux de travail sains qui en a résulté était fondé sur le besoin de stabiliser et de renforcer la profession infirmière en Ontario, tel qu'identifié par le CMSI et le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. Le travail sur le projet a commencé en juillet 2003, lorsque l'AIIAO, avec le financement du MSSLD, a entamé un partenariat avec le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada. Au moment de la rédaction de ce document, l'AIIAO a publié 11 LDPE dans sa série de lignes directrices sur le système et les milieux de travail sains. La collection se compose des LDPE suivantes :

- *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : Optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système*
- *Lignes directrices sur le développement et maintien du leadership infirmier*
- *Développement et maintien de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail*
- *Lignes directrices sur le développement de la compétence culturelle : Développer une compétence culturelle*
- *Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers*
- *La gestion et l'atténuation des conflits dans les équipes de soins de santé*
- *Pratiquer l'éducation dans les soins infirmiers*
- *La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé*
- *La prévention et la gestion de la violence en milieu de travail*
- *Le professionnalisme en soins infirmiers*
- *La santé, la sécurité et le bien-être des infirmières dans leurs milieux de travail*

Un milieu de travail sain pour le personnel infirmier reconnaît son professionnalisme ainsi que sa capacité à travailler de façon autonome et à faire preuve de leadership. Les milieux de travail sains sont sûrs, collaboratifs et diversifiés, et facilitent la prestation de soins de qualité, centrés sur la personne.

Un milieu de travail sain optimise la santé et le bien-être du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé, améliore les résultats pour les patients, accroît le rendement organisationnel et profite à la société.

Des données probantes considérables démontrent la relation qui existe entre les d'infirmières et d'infirmiers, les milieux de travail, les résultats pour les patients et le rendement de l'organisation et du système (Dugan et coll., 1996; Estabrooks, Midodzi, Cummings, Ricker, et Giovannetti, 2005; Lundstrom, Pugliese, Bartley, Cox, et Guither, 2002). Il a été prouvé que les milieux de travail sains apportent des avantages financiers aux organisations en réduisant l'absentéisme, la perte de productivité, les coûts organisationnels des soins de santé et les coûts découlant de résultats nuisibles aux patients (Aldana, 2001). Il peut également y avoir des implications plus larges pour la rétention du personnel infirmier : certains ont suggéré que la pénurie de ce personnel était le résultat de milieux de travail malsains (Dunleavy, Shamian, & Thomson, 2003; Grinspun, 2010; Shindul-Rothschild, Berry, & Long-Middleton, 1996), par contre d'autres ont mis en évidence les défis du recrutement et de la rétention d'une main-d'œuvre infirmière saine (Bauman et coll., 2001 ; Berry & Curry, 2012 ; MacPhee, 2014).

L'instauration de milieux de travail sains pour le personnel infirmier nécessite des interventions visant les facteurs sous-jacents du milieu de travail et de l'organisation (Lowe, 2004) (voir la section sur le [cadre organisationnel](#)). Les interventions peuvent viser à améliorer la communication, la collaboration^G, la prise de décision, la reconnaissance et le leadership^G, et à garantir des niveaux de dotation en personnel sûrs et des pratiques de charge de travail qui favorisent la continuité des soins et des soignants.

Les lignes directrices de la série de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le système et les milieux de travail sains de l'AIIAO sont conçues pour aider à garantir que les milieux de travail du personnel infirmier permettent des soins de qualité fondés sur des données probantes. La création de milieux de travail sains profitera aux patients, aux personnels infirmiers et à tous les membres de l'équipe soignante.

Cadre notionnel du projet de lignes directrices sur les pratiques exemplaires pour le système et les milieux de travail sains

Les milieux de travail sains sont des cadres de pratique qui optimisent la santé et le bien-être du personnel infirmier et des autres membres de l'équipe soignante afin d'améliorer les résultats pour les patients, le rendement organisationnel et les résultats pour la société. Ils comprennent de nombreux éléments – dont les politiques, les exigences physiques et la conception organisationnelle – et les relations entre eux, ce qui les rend complexes et multidimensionnels.

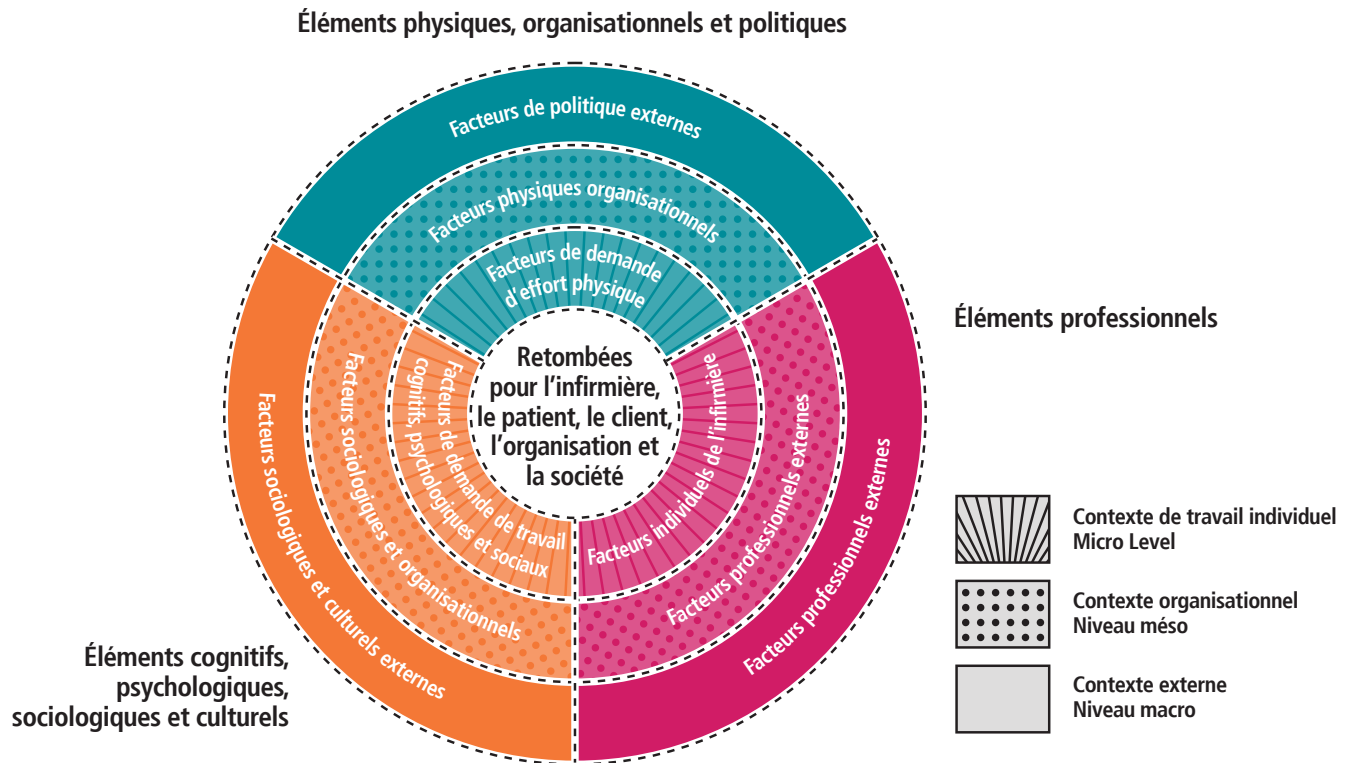
La figure 1 représente un modèle conceptuel des milieux de travail sains du personnel infirmier, y compris les éléments, les facteurs et les résultats. Trois divisions colorées sont utilisées pour représenter les éléments (p. ex., les éléments politiques; voir **Figures 1A, 1B, et 1C**). Trois cercles concentriques représentent les trois contextes ou niveaux : les contextes individuels (sur le plan local), organisationnels (à petite échelle) et externes (à grande échelle). Les lignes pointillées dans le modèle indiquent l'interdépendance entre les divers éléments. Au centre du modèle se trouvent ceux qui bénéficient des milieux de travail sains : le personnel infirmier, les patients, les organisations, les systèmes et la société dans son ensemble.^{iv}

Les hypothèses suivantes sous-tendent le modèle :

- Les milieux de travail sains sont essentiels pour des soins aux patients de haute qualité et sûrs.
- Les facteurs sur les plans individuel, organisationnel et systémique déterminent si un milieu de travail est sain.
- Les facteurs des trois niveaux (individuellement ou en combinaison) touchent la santé et le bien-être du personnel infirmier, les résultats de qualité pour les patients, le rendement de l'organisation et du système, ainsi que les retombées sociales. À chaque niveau, il y a des éléments de politique, des éléments cognitifs, psychologiques, sociaux et culturels, ainsi que des éléments professionnels.
- Les facteurs professionnels sont propres à chaque profession, alors que les autres facteurs sont généraux et s'appliquent à toutes les professions ou à tous les postes.

Étant donné que c'est la combinaison de facteurs et d'éléments qui détermine la nature du milieu de travail et influence l'expérience individuelle, les interventions visant à promouvoir des milieux de travail sains doivent cibler plusieurs niveaux et éléments du système – et, en fait, le système lui-même^{v, vi}.

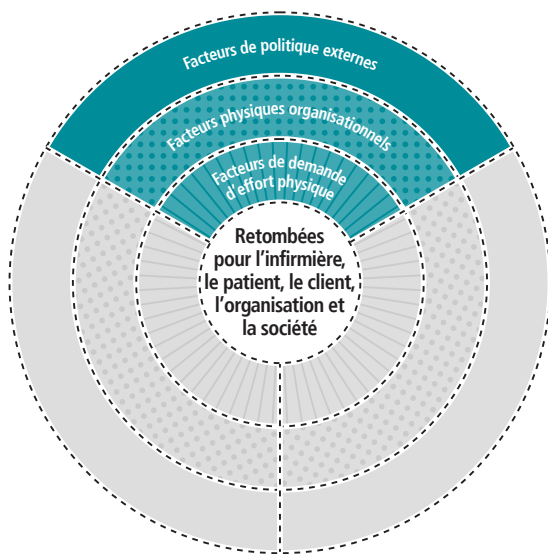
Figure 1. Modèle conceptuel des milieux de travail sains du personnel infirmier – Éléments, facteurs et résultatsⁱ⁻ⁱⁱⁱ



- i. Adapté de DeJoy, D. M., et Southern, D. J. (1993). An Integrative perspective on work-site health promotion. *Journal of Medicine*, 35(12), 1221-1230; modifié par Laschinger, MacDonald et Shamian (2001) puis par Griffin, El-Jardali, Tucker, Grinspun, Bajnok et Shamian (2003).
- ii. Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S. et coll., Ryan, L. (2001). *Commitment and care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patient, and the system*. Ottawa (Ontario) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et The Challenge Foundation.
- iii. O'Brien-Pallas, L. et Baumann, A. (1992). Quality of nursing worklife issues: A unifying framework. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 5(2), 12-16.
- iv. Hancock, T. (2000). The healthy communities vs. "health." *Canadian Health Care Management*, 100(2), 21-23.
- v. Green, L.W., Richard, L., et Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 270-281.
- vi. Grinspun, D. (2000). *Taking care of the bottom line: Shifting paradigms in hospital management*. Dans Diana L. Gustafson (dir. de publ.), *Care and Consequence: Health care reform and its impact on Canadian women*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.
- vii. Grinspun, D. (2010). *The social construction of nursing caring*. (Thèse de doctorat). Université York, Toronto.

Éléments de politique physiques et structurels

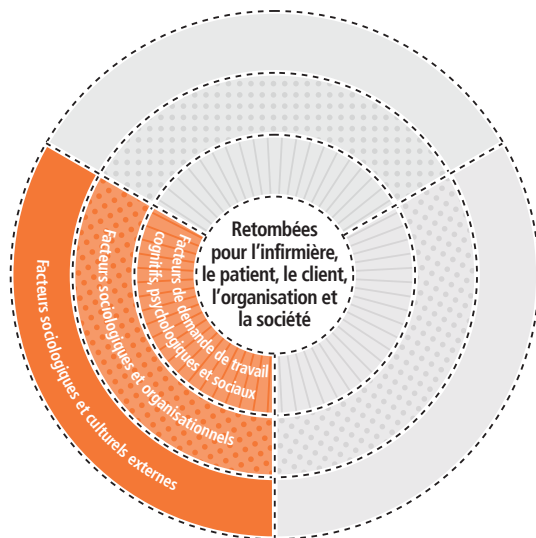
Figure 1A. Éléments physiques, organisationnels et politiques



- Pour les personnes (le cercle intérieur), les demandes d'effort physique sont toute exigence de capacité physique et d'effort, comme la charge de travail, les horaires et les quarts de travail qui changent constamment, le soulèvement de charges lourdes, l'exposition aux substances dangereuses ou infectieuses et les menaces pour la sécurité personnelle.
- Le milieu physique d'une organisation (le cercle du milieu) comprend des caractéristiques, des structures et des processus construits et naturels qui concernent les exigences physiques de l'emploi. Cela comprend les pratiques de dotation, les horaires flexibles ou l'établissement d'horaires par le personnel infirmier, le matériel de levage, les politiques sur la santé et la sécurité au travail et le personnel de sécurité.
- Les facteurs de politique externes (le cercle extérieur) comprennent tout, du modèle de prestation de soins de santé local au financement, et les cadres législatif, commercial, économique et politique qui façonnent la société.

Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels

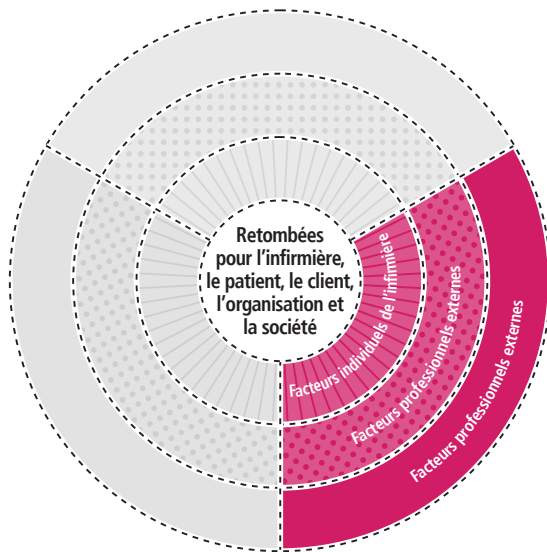
Figure 1B. Éléments cognitifs, psychologiques, sociologiques et culturels



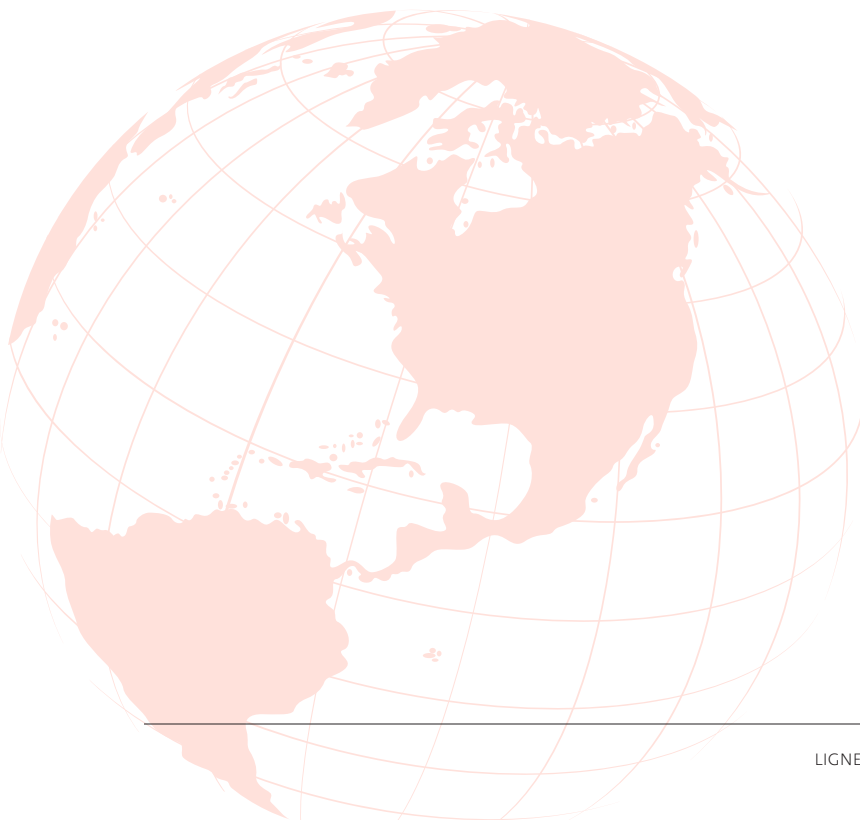
- Sur le plan individuel, les facteurs de demande de travail cognitifs et psychosociaux comprennent les connaissances cliniques, les capacités d'adaptation et les aptitudes à communiquer, la complexité clinique, la sécurité d'emploi, les relations au sein de l'équipe, les difficultés affectives, la précision du rôle et la tension liée au rôle.
- Les facteurs sociaux d'une organisation sont liés à son climat, à sa culture et à ses valeurs. Ils comprennent la stabilité organisationnelle, les pratiques et les modes de communication, les relations de travail, la gestion des relations et une culture d'apprentissage continu et de soutien.
- Les facteurs socioculturels externes ont une incidence sur le fonctionnement des organismes et des personnes. Ils comprennent les tendances en matière de consommation, les préférences en constante évolution en ce qui concerne les soins, les rôles changeants de la famille, la diversité de la population et celle des fournisseurs de soins, ainsi que les réalités démographiques en constante évolution.

Éléments professionnels

Figure 1C. Éléments professionnels



- Les facteurs individuels de l'infirmière ou de l'infirmier comprennent les qualités personnelles, le savoir et les compétences qui déterminent la façon dont il réagit aux demandes physiques, cognitives et psychosociales du travail^{vii}. Les qualités personnelles comprennent l'engagement d'une infirmière ou d'un infirmier envers son patient ou sa patiente, l'organisation et la profession, ainsi que sa résilience, sa capacité d'adaptation, sa confiance en soi et sa capacité à maintenir un équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Le savoir et les compétences comprennent les valeurs, l'éthique et la pratique réflexive de l'infirmière ou de l'infirmier.
- Les facteurs professionnels et organisationnels qui façonnent un milieu de travail sain découlent de la nature et du rôle du poste. Pour le personnel infirmier, il s'agit notamment de son champ d'activité de la pratique, du degré d'autonomie de la pratique et de la nature de ses relations interprofessionnelles.
- Les facteurs professionnels externes comprennent les politiques et les règlements aux échelons provincial, territorial, national et international qui ont une incidence sur les politiques sociales et de santé, ainsi que la socialisation du rôle au sein des diverses disciplines et des divers domaines concernés.



Contexte

Une dotation en personnel infirmier et une charge de travail appropriées sont essentielles au bon fonctionnement des organismes de soins de santé et à la prestation de soins sûrs aux patients. Ils sont également importants pour la qualité de vie du personnel infirmier et pour leurs dirigeants, qui sont soumis à la pression des organisations pour contrôler les coûts. Des pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel^G et de charge de travail sont des éléments essentiels d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier. Le développement et le maintien de telles pratiques peuvent améliorer le bien-être et la rétention du personnel infirmier, améliorer la qualité des soins aux patients et apporter des avantages financiers aux organisations.

Les questions relatives au nombre optimal du personnel infirmier nécessaire pour répondre aux besoins des patients de manière sûre, compétente et éthique ne sont pas nouvelles. La détermination des besoins optimaux en personnel est une question complexe, et le débat sur les stratégies les plus efficaces pour gérer la charge de travail du personnel infirmier se poursuit. Étant donné que les soins infirmiers ne sont pas définis par le nombre de tâches que le personnel infirmier accomplit, la gestion de la dotation et de la charge de travail^G n'est pas aussi simple que de trouver les « bons » chiffres; il s'agit plutôt d'aligner les bons soignants et les bonnes ressources sur les besoins des patients (Bylone, 2010; AIIAO, 2016). Cela est indispensable à la capacité du personnel infirmier à fournir des soins appropriés et efficaces centrés sur la personne et la famille, ce qui inclut des soins holistiques pour la personne et sa famille par le biais de la prise de décision partagée, de la continuité des soins, du respect, de la communication, de la collaboration et de l'engagement (AIIAO, 2015).

Les effets de pratiques inadéquates en matière de dotation en personnel et de charge de travail sur le personnel infirmier, l'administration et les patients sont clairement établis par la recherche. Selon Baumann et ses collègues, « la recherche a clairement montré que les problèmes liés au travail et aux milieux de travail du personnel infirmier, notamment le stress, les lourdes charges de travail, les longues heures, les blessures et les mauvaises relations avec les autres professions, peuvent altérer sa santé physique et psychologique » (Baumann et coll., 2001). De nombreuses études ont montré des liens solides entre la dotation en personnel infirmier et les mauvais résultats des patients (American Nurses Association [ANA], 2000; Blegen et Vaughn, 1998; Cho, Ketefian, Barkauskas et Smith, 2003; Kovner et Gergen, 1998; Needleman et Buerhaus, 2003; Needleman, Buerhaus, Mattke, Stewart et Zelevinsky, 2002; Person et coll., 2004; Sasichay-Akkadechanunt, Scalzi et Jawad, 2003; Sovie et Jawad, 2001; Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood, 2002; Yang, 2003). En ce qui concerne l'administration et le personnel infirmier, un rapport note qu'il en résulte « une détresse morale lorsqu'ils ne peuvent trouver un nombre suffisant de personnel qualifié pour fournir des soins sûrs » (Marck, Allen, et Phillipchuck, 2001).

La littérature, et les infirmières et les infirmiers eux-mêmes, ont décrit leurs milieux de travail comme chaotiques, stressants et soumis à un rythme rapide (Stokowski, 2014). Le personnel infirmier, technique et de soutien travaillant dans le secteur des soins de santé a le plus grand nombre de jours perdus pour cause de maladie ou de blessure de toutes les professions, soit le double ou plus que la moyenne nationale de 7,4 jours au Canada (Statistique Canada, 2016). Les heures supplémentaires sont un indicateur important d'un environnement de travail sain, car un nombre excessif d'heures supplémentaires peut entraîner la fatigue du personnel infirmier et avoir des effets négatifs pour ce dernier, ses collègues et ses patients. Les effets négatifs des heures supplémentaires sont connus pour contribuer à des problèmes de santé chez le personnel infirmier, ce qui se traduit souvent par des absences et des pénuries de personnel infirmier (Group, 2010). La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII, 2015) a indiqué que les heures supplémentaires rémunérées et non rémunérées étaient estimées à 871,8 millions de dollars à l'échelle nationale en 2014. Sur ces 871 millions, le coût des heures supplémentaires était de 679,4 millions de dollars. Un calcul équivalent des heures supplémentaires non rémunérées supportées par le personnel infirmier s'élève à 192,5 millions de dollars. En 2014, le Québec (32,5 %) et le Manitoba (30,5 %) avaient les taux d'heures supplémentaires les plus élevés, tandis que l'Ontario (22,6 %) et la Saskatchewan (22,9 %) avaient les taux les plus bas (FCSII, 2015).

Depuis la publication de la première édition de ces lignes directrices, le corpus international de connaissances relatives à la qualité de vie au travail du personnel infirmier n'a cessé de croître. De nombreux rapports et articles font état des

défis que posent le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier au milieu des changements apportés au système de santé pour assurer l'efficacité du système et la prestation de soins sûrs et de qualité. Les rapports recensés dans la littérature entre 2000 et 2014 se répartissent en deux grandes catégories : l'amélioration de la charge de travail du personnel infirmier et l'amélioration de la vie professionnelle du personnel infirmier. La plupart des rapports ont formulé des recommandations concernant la dotation en personnel appropriée, l'adaptation du champ d'exercice aux besoins des patients, la prise en compte du rythme et de la complexité croissants du travail, la réduction de l'absentéisme et de la fatigue du personnel infirmier, et l'amélioration de l'intégration des soins aux patients au sein des établissements de soins de santé, ainsi qu'entre les établissements et la collectivité. En fin de compte, les recommandations visaient à créer des milieux de travail sains où le personnel infirmier ferait l'expérience du respect, où il participerait à la prise de décision concernant les soins aux patients et où des fonds supplémentaires seraient alloués à sa formation et à son développement professionnel.

Parmi les rapports canadiens sélectionnés, citons :

- *Un appel à l'action infirmière : La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé* (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2012).
- *Engagement et soins : Les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, ses patients et le système* (2001).
- *Mind the Safety Gap in Health System Transformation : Reclaiming the Role of the RN* (AIIAO, 2016).
- *Fatigue du personnel infirmier et sécurité des patients* (Association des infirmières et infirmiers du Canada et AIIAO, 2010).
- *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients* (Berry et Curry, 2012).
- *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes-Rapport final du comité consultatif canadien sur les soins infirmiers* (Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2002).
- *Énoncé de position de l'AIIAO : Renforcer les soins axés sur le client dans les soins à domicile* (AIIAO, 2011).
- *Énoncé de position de l'AIIAO : Renforcer les soins axés sur le client dans les hôpitaux* (AIIAO, 2010).
- *Énoncé de position de l'AIIAO : Renforcer les soins axés sur le client dans les soins de longue durée* (AIIAO, 2010).
- *Enquête de l'AIIAO sur l'emploi à temps plein à 70 % pour les infirmières : Secteurs des hôpitaux et des soins de longue durée* (AIIAO, 2014).
- *Valoriser la sécurité des patients : Structure responsable de la main-d'œuvre* (MacPhee, 2014).

Cette ligne directrice se concentre sur les changements nécessaires dans la pratique, la formation et la politique afin de créer des milieux de travail sains qui offrent :

- des stratégies efficaces et collaboratives de planification et de gestion de la charge de travail;
- des outils et des méthodologies valides et fiables pour prévoir, mesurer et valider la charge de travail du personnel infirmier;
- des indicateurs de productivité des soins infirmiers appropriés;
- des affectations de travail raisonnables, afin de s'assurer que le personnel infirmier ne fonctionne pas au-delà de sa capacité de productivité individuelle;
- des ressources appropriées pour que personnel puisse accomplir son travail;
- un personnel suffisant pour assurer tous les éléments de soins requis;
- un mélange approprié de personnel infirmier professionnel^G exerçant dans toute son étendue;
- des possibilités de développement et de formation pour maintenir et améliorer les compétences professionnelles.

Recommandations relatives à l'organisation

RECOMMANDATION 1.0 :

Les organisations élaborent un plan de main-d'œuvre afin d'assurer une dotation en personnel qui facilite la prestation de soins sûrs, compétents, adaptés à la culture et éthiques, ainsi que des résultats positifs pour les patients.

Niveau de qualité des données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

La planification des effectifs dans les organismes de soins de santé exige une prise de décision fondée sur des indicateurs qui présentent des données sur les résultats pour les patients et l'efficacité financière (Bloor et Maynard, 2003). Il existe généralement trois niveaux de décision au sein des organisations : 1) niveau exécutif; 2) niveau du programme (p. ex., médical, chirurgical, ambulatoire, soins à domicile); et 3) niveau opérationnel (local ou unité).

Le niveau exécutif est responsable de la prise de décision stratégique, le niveau du programme est responsable de la prise de décision logistique, et le niveau local ou opérationnel est responsable de la prise de décision quotidienne. (Pour plus d'informations sur la prise de décision à chaque niveau, voir [Annexe E](#).)

Dans les établissements de soins de santé, la direction est chargée d'élaborer un plan de ressources humaines et de personnel de santé à l'échelle de l'établissement, assorti d'un budget. L'objectif premier des établissements de soins de santé est de répondre aux besoins des patients et de leur fournir des soins sûrs, de qualité^G et axés sur eux. Cela comprend l'utilisation et l'analyse de la collecte et de la gestion des données à l'échelle du système pour guider la planification des effectifs (Twigg, Duffield, Bremner, Rapley et Finn, 2011). Les sources de ces informations comprennent des données provenant d'indicateurs sur les heures travaillées par jour-patient^G (chaque jour-patient représente une unité de temps pendant laquelle le patient utilise les services de l'organisation ou de l'établissement – par exemple, 12 patients dans un établissement pendant 1 jour équivalraient à 12 jours-patients); la rotation du personnel^G; les mesures des résultats des patients^G; l'acuité des patients^G; le groupe lié au diagnostic^G (p. ex., chirurgical, palliatif, travail et accouchement); les types de patients traités; la durée des séjours des patients^G; les taux de réadmission; les enquêtes sur l'expérience des patients^G; le groupe de mixité des cas^G; les soins infirmiers manqués^G; et les coûts financiers de dotation en personnel (p. ex., la dotation en personnel prévue au budget par rapport à la dotation en personnel réelle, les heures supplémentaires, les congés de maladie et le recours aux agences) (Twigg et coll., 2011).

Ces données peuvent être utilisées pour établir des processus stratégiques de dotation en personnel infirmier afin de soutenir la prestation de soins sûrs, compétents, culturellement sensibles et éthiques pour chaque cadre de soins aux patients. Ces processus de dotation en personnel comprennent la flexibilité nécessaire pour s'adapter aux changements dans l'acuité des patients, notamment l'intensité des besoins des patients, le nombre d'admissions, de sorties et de transferts pendant un quart de travail; le niveau d'expérience du personnel infirmier; la disposition de l'unité; et la disponibilité des ressources (Needleman et coll., 2011).

RECOMMANDATION 1.1 :

Les processus de dotation en personnel infirmier sûrs sont menés par des chefs infirmiers d'unité/opérationnels qui possèdent les connaissances, le jugement professionnel, les compétences et l'autorité nécessaires, en collaboration avec le personnel infirmier sur le lieu des soins.

Niveau de preuve = IV, V

Discussion sur les données probantes :

Pour réussir à doter en personnel les unités/établissements de soins aux patients, il faut mettre en place un processus permettant d'établir un horaire qui assure un équilibre optimal entre les préférences du personnel infirmier en matière d'horaires et la couverture requise pour répondre aux besoins des patients, ainsi que les exigences des obligations contractuelles et des politiques en matière de ressources humaines. En plus des chefs infirmiers, les processus de dotation en personnel par les chefs infirmiers d'unité/opérationnelles, les processus de dotation en personnel sont menés au point de soins^G par du personnel qualifié, selon les besoins, en réponse à l'évolution des besoins des patients. Les chefs infirmiers au point de service doivent posséder les compétences appropriées pour affecter le personnel infirmier aux patients dans différents contextes (Twigg et coll., 2011).

Il a été démontré que l'implication des chefs infirmiers dans les processus de dotation en personnel a un effet positif dans les domaines de la prestation des soins, de la productivité du personnel infirmier et de l'utilisation appropriée du personnel (Twigg et coll., 2011). Lorsque les chefs infirmiers officiels participaient à la prise de décision concernant l'impact des changements apportés aux systèmes de prestation de soins aux patients sur la dotation en personnel infirmier et la charge de travail, la prestation des soins était plus efficace (Twigg et coll., 2011). En outre, le personnel infirmier était plus productif lorsque les chefs infirmiers officiels se sentaient soutenus par leur organisation dans l'exercice de leurs responsabilités et que les ressources financières et humaines nécessaires étaient présentes (Twigg et coll., 2011). Avec ces éléments logistiques en place, les chefs infirmiers officiels ont constaté que le personnel infirmier était utilisé de manière appropriée (Twigg et coll., 2011).

Au niveau du programme, la prise de décision logistique implique la manière dont les gestionnaires/directeurs répartissent leur personnel et leurs budgets pour répondre aux besoins des unités au sein de leurs programmes. Ces chefs opérationnels doivent avoir les connaissances, le jugement, les compétences et l'autorité officielle nécessaires pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les processus de dotation en personnel infirmier et la gestion de la charge de travail. En outre, ils doivent travailler en collaboration avec les chefs infirmiers de première ligne, le personnel des points de service et les comités concernés dans le cadre d'une gouvernance partagée. La prise de décision en matière de dotation en personnel infirmier permet d'équilibrer le personnel infirmier requis et réel dans chaque unité de soins infirmiers^G à chaque quart de travail ou période de soins, et est effectuée par les infirmières et les infirmiers sur le lieu de soins qui possèdent les connaissances et les compétences requises (Bae, Mark, et Fried, 2010).

L'existence de mécanismes d'ajustement aux changements de l'acuité des patients facilite la prise de décision opérationnelle du personnel. Il peut s'agir d'une réserve de ressources internes, d'une planification préalable du personnel de remplacement et de la responsabilisation du personnel infirmier dans tous les rôles afin de prendre des décisions appropriées en matière de dotation en personnel qui se traduisent par des soins sûrs, compétents et éthiques.

En déterminant le nombre exact, les aptitudes et les compétences dont une unité a besoin pour fournir des soins sûrs et optimaux, l'équipe jettera les bases d'une dotation en personnel sûre. Pourtant, ces processus ne suffisent pas à créer un personnel sûr. Ces responsables doivent savoir comment utiliser les paramètres pertinents lors de la prise de décisions pour garantir la sécurité du personnel.

RECOMMANDATION 1.2 :

Le conseil d'administration, la direction administrative et les ressources humaines travaillent en collaboration avec les responsables des points de service pour s'assurer que des processus de dotation efficaces, des modèles appropriés de prestation de soins et un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans les catégories appropriées sont en place afin de fournir des soins sûrs, de qualité et axés sur le patient.

Niveau de qualité des données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Il est important qu'une collaboration s'instaure entre la direction administrative, la haute direction (y compris un cadre supérieur infirmier) et les responsables des points de soins lors de la planification d'une dotation efficace en personnel infirmier. Une étude effectuée par Needleman et coll., (2011) a révélé que la dotation en personnel infirmier inférieure aux niveaux cibles était associée à une augmentation de la mortalité des patients, ce qui renforce la nécessité d'adapter la dotation en personnel aux besoins des patients en matière de soins infirmiers. L'étude a également suggéré que la planification des effectifs devrait d'abord tenir compte des besoins des patients, et que le personnel des points de soins devrait utiliser des outils de dotation en temps réel pour aider à déterminer les besoins des patients. West et coll., (2012) ont constaté que la mise en place de processus normalisés est essentielle pour orienter la dotation de base, remplacer le personnel et avoir la flexibilité nécessaire pour s'adapter aux changements dans l'acuité des patients qui affectent l'intensité des soins infirmiers^G. Des outils tels que celui de la synergie des « caractéristiques du patient » peuvent aider les responsables des points de soins à recruter du personnel en fonction de la complexité du patient^G.

Les systèmes et organisations de soins de santé sont complexes et font l'objet de changements constants afin d'améliorer les résultats pour les populations qu'ils servent. Le personnel infirmier doit maintenir des compétences et des connaissances spécifiques au domaine dans lequel il travaille pour prendre en charge ses patients. Diverses études ont montré un lien entre le personnel infirmier de point de service titulaire d'un baccalauréat et l'amélioration des résultats pour les patients. Une étude observationnelle rétrospective menée en Europe (Aiken et coll., 2014) a révélé que l'augmentation d'un patient de la charge de travail du personnel infirmier d'un seul patient accroissait de 7 % la probabilité qu'un patient hospitalisé décède dans les 30 jours suivant son admission. Toutefois, l'étude a également révélé que pour chaque augmentation de 10 % du nombre d'infirmières et d'infirmiers titulaires d'un baccalauréat, la probabilité de décès d'un patient hospitalisé diminuait de 7 %. Ces corrélations impliquent que les patients des hôpitaux dans lesquels 60 % du personnel infirmier est titulaire d'un baccalauréat et où celui-ci s'occupe en moyenne de six patients auraient une mortalité inférieure de près de 30 % à celle des patients des hôpitaux dans lesquels seulement 30 % du personnel infirmier est titulaire d'un baccalauréat et où celui-ci s'occupe en moyenne de huit patients (Aiken et coll., 2014). Sur la base de tels résultats, il est important pour les hôpitaux qui souhaitent améliorer les soins aux patients d'augmenter le nombre d'infirmières et d'infirmiers titulaires d'un baccalauréat au sein de leur personnel.

RECOMMANDATION 1.3 :

Les organisations prévoient dans leur budget un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans les catégories appropriées pour favoriser la prestation de soins de qualité et sûrs aux patients et l'obtention de résultats positifs pour ces derniers, et pour réduire les coûts financiers associés aux heures supplémentaires.

Niveau de qualité des données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Les recherches montrent que les organisations doivent fournir un nombre suffisant d'infirmières ou d'infirmiers dans les catégories appropriées (p. ex., les infirmières et les infirmiers autorisés, permanents à temps plein, par opposition aux

infirmières ou aux infirmiers temporaires, à temps partiel ou occasionnels) afin de favoriser la prestation de soins sûrs et de qualité aux patients, d'améliorer la santé et le maintien en poste des infirmières ou des infirmiers et de procurer des avantages financiers aux organisations. Les organisations doivent travailler avec leurs propres ressources humaines et leur administration pour fournir la catégorie et le nombre requis d'infirmières ou d'infirmiers (Alenius, Tishelman, Runesdotter et Lindqvist, 2014).

L'augmentation du nombre de professionnels à temps plein qui assurent la continuité des soins, par rapport au recours à du personnel occasionnel ou temporaire, a été associée à une meilleure qualité des soins (Frith, Anderson, Fan et Fong, 2012). Une étude transversale solide (Frith et coll., 2012) a révélé que les soins aux patients sont dispensés de manière plus sûre lorsque le nombre d'heures de soins infirmiers est suffisant, et une autre étude (Trinkoff et coll., 2011) suggère une corrélation entre des résultats positifs pour les patients et une dotation suffisante en personnel infirmier.

L'investissement associé aux heures de soins infirmiers^G doit être mis en balance avec le coût des erreurs ou des complications associées à une utilisation inefficace de la composition du personnel/du mélange de compétences^G. La dotation en personnel infirmier, y compris la composition du personnel, est efficace lorsqu'elle est planifiée sur la base d'une unité ou d'un programme et qu'elle reflète les caractéristiques individuelles et collectives des patients, du personnel infirmier et du système (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2012).

Une étude systématique modérément évaluée a révélé qu'une augmentation du nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés par quart de travail était corrélée à une diminution de la mortalité liée à l'hôpital, des échecs de sauvetage^G, des arrêts cardiaques, des pneumonies acquises à l'hôpital et d'autres événements indésirables, avec des données probantes solides et cohérentes que la sécurité des patients s'est améliorée pour ceux des unités de soins intensifs et de chirurgie (Kane, Shamlivan, Mueller, Duval et Wilt, 2007). Des études ont également révélé que les IA augmentaient leur évaluation et leur participation directe aux soins des patients lorsqu'ils percevaient qu'il y avait suffisamment d'IA dans l'unité pour fournir des soins infirmiers de qualité (Alenius et coll., 2014; MacPhee, 2014).

La littérature démontre une association entre l'augmentation du nombre d'infirmières ou d'infirmiers à plein temps et un certain nombre de résultats positifs. Par exemple :

- Une étude transversale modérée a révélé que l'augmentation du personnel à temps plein était corrélée à une diminution des soins manqués (Zhu et coll., 2012).
- Une analyse de régression longitudinale faible a révélé que l'augmentation du personnel à temps plein était associée à une diminution de la mortalité et des échecs de sauvetage (Harless et Mark, 2010).
- Une étude transversale modérée a révélé que l'augmentation du personnel à temps plein était associée à une diminution des chutes sans assistance, selon le type d'unité (Staggs et Dunton, 2014).

Outre le nombre d'infirmières et d'infirmiers, et le personnel à temps plein, les études ont révélé les associations suivantes entre les heures supplémentaires et les résultats pour les patients :

- L'augmentation du nombre d'heures supplémentaires a été associée à une augmentation de la mortalité liée à l'hôpital, des infections nosocomiales, des chocs et des infections sanguines (Kane et coll., 2007).
- Une étude transversale a révélé que lorsque les infirmières ou les infirmiers travaillaient de longues heures et ne disposaient pas de suffisamment de temps libre, il en résultait une augmentation de la mortalité des patients en cas de pneumonie, d'anévrisme de l'aorte abdominale et d'infarctus aigu du myocarde (Trinkoff et coll., 2011).
- Une étude transversale solide a associé une augmentation de la dotation en heures supplémentaires des IA à une hausse des visites aux urgences (Weiss, Yakusheva et Bobay, 2011).
- Une étude transversale modérée a révélé une association entre les heures de travail et les résultats des patients sensibles aux soins infirmiers, tels que la pneumonie, les chutes et la durée accrue des séjours à l'hôpital. Ces indicateurs de résultats reflètent les résultats des patients qui s'améliorent ou se dégradent en fonction de la quantité et de la qualité des soins infirmiers fournis (Liu, Lee, Chia, Chi et Yin, 2012).
- Dans une étude transversale, la mortalité des patients était liée au fait que les personnels infirmiers travaillaient au-delà de leurs horaires prévus (Weiss et coll., 2011).

Les coûts financiers des heures supplémentaires pour les organisations et pour le système de soins de santé en général doivent également être pris en compte. Une étude menée dans des établissements de soins aigus au sein d'une région sanitaire de la Colombie-Britannique (Drebit, Ngan, Hay et Alamgir, 2010) a examiné la relation entre les heures de travail normales et les heures supplémentaires des IA et a constaté que les heures supplémentaires représentaient un lourd fardeau économique pour le système de soins de santé de cette région. À la lumière du nombre d'heures supplémentaires effectuées, l'étude a suggéré qu'une augmentation du nombre de postes à temps plein pourrait créer des économies nettes, et que les postes pourraient être offerts de manière différenciée aux unités qui utilisent le plus d'heures supplémentaires.

En ce qui concerne le type de personnel, une étude de cohorte souligne les avantages financiers de l'emploi de personnel permanent plutôt que temporaire (Hurst et Smith, 2011). L'étude a révélé que l'emploi de personnel temporaire est plus coûteux que l'emploi de personnel permanent, car il permet de passer moins de temps avec les patients et génère plus de temps improductif. En outre, l'étude a révélé que l'emploi de personnel temporaire entraîne une augmentation de la charge de travail, un mauvais moral, une reconversion et des frais de roulement au niveau de l'administration de l'hôpital. Les régions qui emploient davantage de personnel temporaire ont signalé des absences plus importantes du personnel permanent et des conflits dus à des styles de travail différents (Hurst et Smith, 2011). À la lumière de ces résultats, les gestionnaires devraient surveiller l'utilisation du personnel temporaire et son effet sur la qualité des soins et la vie professionnelle du personnel infirmier.

Il faut éviter de surcharger le personnel existant avec des charges de travail et des exigences accrues qui pourraient entraîner un nouveau roulement du personnel. Recruter et attirer des IA de qualité pour combler les postes vacants tout en conservant un nombre adéquat d'IA pour fournir de manière appropriée des soins sûrs aux patients devrait être une priorité pour les organisations de soins de santé (Alenius, 2014; Macphee, 2014). Le roulement du personnel a un impact financier, et la diminution des taux de roulement peut contribuer à des économies supplémentaires.

RECOMMANDATION 1.4 :

Les organisations et les responsables de la dotation en personnel créent et utilisent une stratégie de communication claire pour répondre aux besoins en personnel dans des situations imprévues, telles que les pandémies, les codes blancs, bruns et noirs, et autres situations de catastrophe.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Une communication compétente et efficace améliore les relations de travail et, par conséquent, les soins aux patients, ainsi que d'autres activités liées au travail. La communication doit toujours faire partie du processus de dotation en personnel. La communication au sein de l'équipe est essentielle dans les opérations quotidiennes et cruciale en cas de catastrophe.

Le comité d'experts a identifié les exemples suivants de situations qui peuvent nécessiter une communication renforcée :

- les pandémies;
- le code blanc, brun et noir;
- l'influenza (la « grippe »);
- les catastrophes naturelles;
- les accidents environnementaux (p. ex., l'inondation d'un hôpital, les pannes de courant, etc.).

Les communications améliorées pour les organisations devraient inclure des listes de contacts, des informations pertinentes pour la situation spécifique, des instructions pour d'infirmières et d'infirmiers individuels, et la formation du personnel concernant les procédures appropriées, ainsi que des recommandations pour la transmission et la réception d'informations pour les prestataires de soins de santé lors de catastrophes qui peuvent affecter le personnel.

RECOMMANDATION 1.5 :

Les organisations développent un cadre global, tel que le modèle des systèmes de prestation de soins aux patients (MSPSP), pour les aider à comprendre les besoins en personnel et leur impact sur les résultats intermédiaires et distaux.

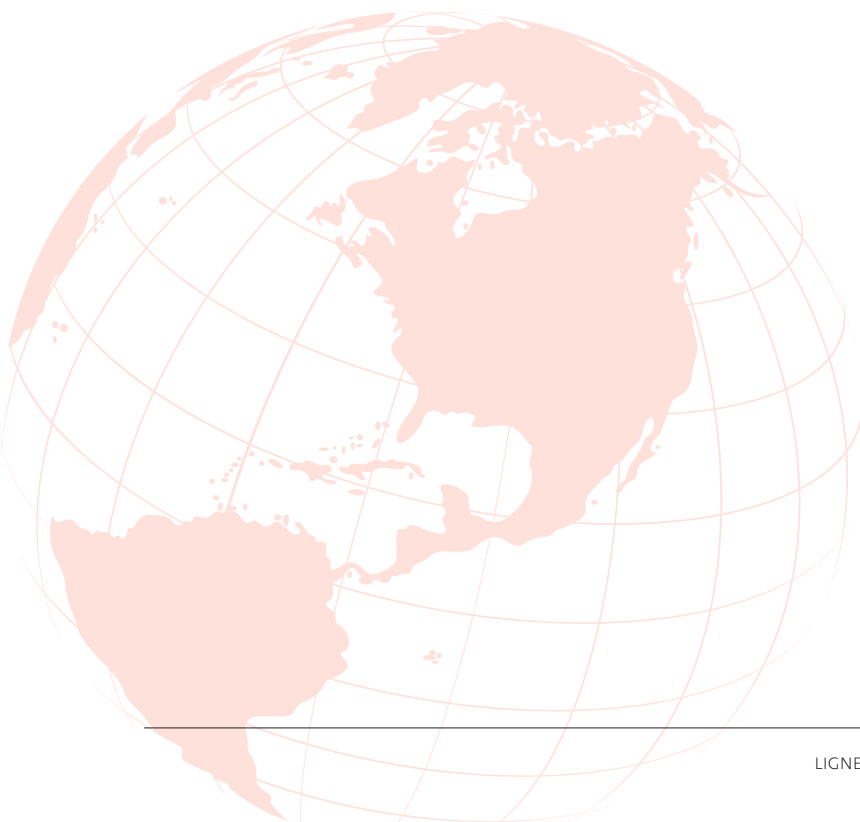
Niveau de qualité des données probantes = IV, V

Discussion sur les données probantes :

L'élaboration d'un cadre complet permettant de comprendre les besoins en personnel est une étape importante que les organisations doivent franchir afin de pouvoir fournir aux gestionnaires des soins de santé des outils de gestion fondés sur des données probantes qui leur permettront de prendre des décisions efficaces en matière de dotation en personnel. L'un de ces cadres est le Patient Care Delivery Systems Model (PCDSM)⁶. Ce modèle fournit une carte de la manière dont les entrées (c.-à-d. les caractéristiques du patient, du personnel infirmier et du système) interagissent avec les sorties (c.-à-d. les interventions infirmières, les environnements de travail et la complexité de l'environnement) pour produire des sorties intermédiaires (c.-à-d. les niveaux de dotation en personnel) et distales (les patients, le personnel infirmier et la dotation en personnel).

La compréhension des relations entre les entrées, les sorties et les débits du système peut permettre de mieux comprendre comment les facteurs du milieu de travail influent sur les résultats cliniques dans les unités de soins infirmiers et, en fin de compte, de prendre de meilleures décisions en matière de dotation en personnel.

Pour un examen approfondi sur le PCDSM, veuillez consulter l'[Annexe D](#).



RECOMMANDATION 2.0 :

Les organisations utilisent des outils fiables et valides pour aider à déterminer les besoins des patients et la charge de travail afin de soutenir les soins personnalisés et de fournir un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans les catégories appropriées pour fournir des soins aux patients sûrs et de qualité.

Niveau de qualité des données probantes = Ia, IV

Discussion sur les données probantes :

Assurer une gestion efficace de la charge de travail des infirmières ou des infirmiers avec un personnel approprié au point de soins est essentiel pour la sécurité des patients et le fonctionnement quotidien des unités d'hospitalisation. Les organisations peuvent favoriser une dotation en personnel sûre en maintenant les taux d'utilisation^G des soins infirmiers à un niveau qui permet d'équilibrer les besoins des patients et l'effort infirmier^G; l'expérience, la préparation éducative et le champ d'exercice du personnel infirmier; et les demandes organisationnelles (Needleman et coll., 2011).

Un rapport de 2007, intitulé *Measuring Nursing Work in Ontario*, préparé par le Comité de travail sur la charge de travail des infirmières et des infirmiers (qui a été créé par le Secrétariat des soins infirmiers de l'Ontario, qui fait partie du ministère de la Santé et des Soins de longue durée), a constaté qu'il n'y a pas de consensus sur la façon de définir ou de mesurer le travail des infirmières et des infirmiers. Le rapport note également que de nombreux facteurs complexes doivent être pris en compte pour déterminer les besoins des patients.

Un examen systématique (Gabbay et Bukchin, 2009) rapporte que l'utilisation d'outils pour aider à déterminer les besoins des patients et la charge de travail est essentielle pour soutenir les soins personnalisés et fournir une dotation en personnel appropriée. Le comité d'experts recommande aux organisations de prendre les mesures suivantes (et reconnaît que ces actions n'ont pas pour but d'introduire une fragmentation du personnel au quotidien) :

- Utiliser les outils de dotation en personnel pour communiquer et fournir des informations à jour sur les besoins des patients;
- Une fois les besoins du patient déterminés, utiliser les lignes directrices ou les cadres de dotation en personnel pour faire correspondre les besoins du patient aux compétences et à l'expérience du personnel infirmier;
- Afficher publiquement les plans de dotation en personnel au niveau de l'unité avec les structures et les processus en place pour faire face aux fluctuations de la dotation en personnel au niveau de l'unité (p. ex., les équipes de ressources internes);
- Autoriser les chefs infirmiers cliniques à prendre des décisions de dotation en personnel en fonction des besoins des patients (p. ex., une demande de charge de travail pour des infirmières ou des infirmiers supplémentaires).

Des outils fondés sur des données probantes devraient être utilisés pour soutenir l'évaluation de l'acuité des patients dans chaque secteur spécifique (p. ex., soins intensifs, chirurgie, médecine), permettant ainsi aux responsables de la dotation quotidienne en personnel de déterminer le besoin de personnel infirmier et de personnel supplémentaire, et d'identifier et d'utiliser le processus approprié pour garantir un nombre suffisant d'infirmières ou d'infirmiers dans les catégories appropriées en vue de fournir des soins sûrs et efficaces. Les outils de dotation en temps réel, comme l'outil de synergie des caractéristiques du patient, sont utilisés au point de soins pour aider les infirmières ou les infirmiers à déterminer les besoins du patient (Bloor et Maynard, 2003). Certains outils, comme le tableau de bord^G, permettent d'organiser les données pour une analyse comparative interne et externe (Bloor et Maynard, 2003).

Dans une étude de cohorte modérément évaluée par Gabbay et Bukchin (2009), l'utilisation d'outils d'admission, de sortie et de transfert (ADT), de systèmes d'information, de systèmes de contrôle des présences (ACS) et du système de rémunération a fourni des informations pertinentes pour soutenir les décisions concernant les besoins quotidiens en personnel. Les outils de FDP peuvent aider

les responsables des décisions relatives au personnel à identifier le roulement des patients par unité et à s'assurer que les décisions relatives au personnel tiennent compte de l'acuité des patients. L'étude a également révélé que l'utilisation d'outils pour surveiller les besoins quotidiens en personnel permettait de prendre de meilleures décisions en matière de personnel que l'utilisation de preuves anecdotiques sans outils. Le comité d'experts soutient l'idée que les preuves anecdotiques peuvent être peu fiables sans l'utilisation d'outils et peuvent ne pas être vérifiables, car les informations peuvent se perdre d'une personne à l'autre et d'un quart à l'autre.

Baernholdt, Cox et Scully (2010) ont indiqué qu'il fallait envisager de créer des liens entre les données cliniques et administratives des hôpitaux et d'utiliser l'ADT et l'indice d'activité unitaire (IAU) en complément d'autres mesures traditionnelles pour prendre des décisions relatives aux besoins en personnel. L'IAU est utilisée pour mesurer la rotation des patients, et peut être utilisée pour calculer les activités individuelles de l'unité de soins infirmiers qui affectent la charge de travail des infirmières et des infirmiers.

Baernholdt et coll., (2010) notent également que, bien que des améliorations importantes aient été apportées à la saisie de l'acuité des patients, les systèmes de gestion du personnel sous-estiment souvent la charge de travail en termes de volume de patients. La somme des admissions, des sorties, des patients admis et sortis dans la même journée, et des patients présents dans l'unité pendant 24 heures reflète plus fidèlement la charge de travail d'une unité donnée. Cette mesure permet de saisir le travail ciblé requis (au moins 30 minutes) pour les admissions ou les sorties. Des mesures plus sensibles comme celles-ci permettent de mieux répartir le personnel sur une période de 24 heures dans des quarts dont la durée et l'heure de début peuvent être différentes de celles des quarts traditionnels (Baernholdt et coll., 2010).

RECOMMANDATION 2.1 :

Les organisations utilisent des dossiers de santé électroniques (DSE) et d'autres systèmes intégrés, le cas échéant, pour soutenir des processus de charge de travail sûrs et efficaces.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

L'utilisation accrue des technologies de l'information en matière de soins de santé est un élément qui peut aider à relever les défis liés à la dotation en personnel des organisations de soins de santé. Au moment de la rédaction de cet article, de nombreuses organisations ont intégré leurs systèmes pour y inclure les pratiques de dotation en personnel et les dossiers de santé électroniques. Le dossier de santé électronique (DSE) est un outil de documentation qui produit des données pouvant être utilisées pour améliorer la sécurité des patients, évaluer la qualité des soins, optimiser l'efficacité et mesurer les besoins en personnel (Lavin, Harper et Barr, 2015). Dans les environnements cliniques où il y a plusieurs médecins, infirmières et infirmiers, diététiciens, pharmaciens et autres professionnels de la santé, les DSE peuvent améliorer la communication entre les professionnels de la santé et favoriser la productivité. Les DSE peuvent également améliorer la communication entre les prestataires de soins de santé et les patients afin d'avoir une incidence positive sur les résultats en matière de santé et la sécurité des patients (Inforoute Santé du Canada, 2016).

Une analyse longitudinale modérément évaluée (Furukawa, Raghu, et Shao, 2011) a examiné l'association entre la mise en œuvre du DSE et la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients sensibles aux soins infirmiers. Il existe des preuves solides que la mise en œuvre du DSE est associée de manière significative à une diminution du nombre total d'heures de travail du personnel infirmier par jour-patient, et les zones où le personnel est composé d'un pourcentage plus élevé d'infirmières et d'infirmiers autorisés ont tendance à mettre en œuvre des DSE. Dans une autre étude (Rantz et coll., 2010), qui s'est penchée sur l'impact des DSE au chevet des patients dans les maisons de soins infirmiers, il a été constaté que les DSE contribuaient à la qualité des soins fournis. L'efficacité de la charge de travail, y compris la saisie efficace de données significatives, facilite la communication d'informations et de connaissances basées sur les soins infirmiers entre les membres de l'équipe soignante, améliorant ainsi la sécurité des patients et la qualité des soins.

RECOMMANDATION 3.0 :

Les chefs des services infirmiers prennent des décisions fondées sur des données probantes lorsqu'ils planifient la dotation en personnel infirmier afin de fournir un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers dans les catégories appropriées requises pour répondre de manière sûre et efficace aux besoins des patients.

Niveau de qualité des données probantes = IV, V

Discussion sur les données probantes :

La sécurité de la dotation en personnel exige une compréhension des niveaux de dotation appropriés, qui ne peut être atteinte que par un suivi continu des preuves de la dotation en personnel et des résultats au niveau organisationnel (Patrician et coll., 2011). Les exemples de données probantes que les dirigeants peuvent utiliser pour étayer leurs décisions en matière de dotation en personnel sont les études de recherche, les analyses comparatives d'autres organisations ou unités similaires qui reflètent la plus haute qualité de soins, les indicateurs de qualité internes, les résultats des patients et les enquêtes de satisfaction du personnel et/ou des patients.

Les chefs infirmiers ont la responsabilité professionnelle de veiller à ce que les plans de dotation en personnel prévoient des catégories d'infirmières ou d'infirmiers ayant les connaissances et les compétences requises pour fournir des soins sûrs. Il est essentiel que les décisions relatives au mélange de compétences soient fondées sur des données probantes afin de favoriser les meilleurs résultats pour les patients. Des informations supplémentaires pour les chefs infirmiers se trouvent dans la LDPE de l'AIIAO intitulée *Lignes directrices sur le développement et le maintien du leadership* (2013b).

En général, les études utilisées dans cette ligne directrice indiquent qu'une augmentation du mélange de compétences des IA dans les modèles de dotation en personnel est associée à des résultats positifs pour les patients (Shin et Bae, 2012; Staggs et Dunton, 2014; Tubbs-Cooley, Cimiotti, Silber, Sloane et Aiken, 2013). Un faible examen intégratif suggère que des niveaux de dotation en personnel infirmier plus élevés et une combinaison de compétences IA plus riche sont associés à une augmentation de la qualité des soins aux patients (Chin, 2013). Une analyse rétrospective modérément évaluée a révélé que l'augmentation du mélange de compétences était associée à une diminution des escarres, des pneumonies, des thromboses veineuses profondes, des ulcères, des gastrites et des saignements gastro-intestinaux supérieurs, des septicémies, des chocs/arrêts cardiaques, de la mortalité et de l'échec des secours (Twiggs et coll., 2012). En outre, une étude transversale modérément évaluée dans un milieu de soins intensifs qui a examiné si les niveaux de dotation en personnel infirmier et le mélange de compétences infirmières étaient associés aux résultats des patients traumatisés a conclu que des niveaux plus élevés de dotation en personnel infirmier autorisé dans les hôpitaux étaient indépendamment associés à des taux légèrement plus élevés de mortalité et de septicémie chez les patients traumatisés admis dans des centres de traumatologie de niveau I ou II (Glance et coll., 2012).

Recommandations individuelles

RECOMMANDATION 4.0 :

Le personnel infirmier, y compris celui en chef, responsables des décisions quotidiennes en matière de dotation pour leur unité ou leur équipe, démontrent des compétences et des connaissances qui appuient une approche globale de la dotation, notamment les suivantes : connaissance des besoins des patients; connaissance de l'équipe, y compris une compréhension des niveaux de compétence individuels, des aptitudes à la communication, de la flexibilité, des compétences et des champs d'exercice; et une compréhension de l'organisation.

Niveau de qualité des données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

Déterminer les besoins optimaux en personnel pour garantir une charge de travail appropriée et sûre pour personnel infirmier est une question complexe. Dans les années 1960, les chercheurs ont démontré scientifiquement ce que le personnel infirmier savait par expérience et intuitivement depuis des années, à savoir que certains patients ont besoin de plus de soins infirmiers que d'autres, que la demande de soins infirmiers n'est pas uniquement fonction du nombre de patients et que la variation de la charge de travail du personnel infirmier est indépendante du service ou de l'unité de soins (Connor, 1961; Wolf et Young, 1965a, 1965b). Un système simple de classification des patients en trois catégories, basé sur les besoins physiques (c.-à-d. les activités de la vie quotidienne), émotionnels et de traitement (p. ex., l'oxygénothérapie, l'aspiration) a été développé (Connor, 1961) et a servi de modèle pour la création d'un certain nombre de modèles de dotation en personnel.

Les trois principaux modèles de dotation en personnel infirmier sont les suivants :

1. Basé sur un budget, dans lequel le personnel infirmier est distribué en fonction des heures de soins par jour-patient.

Le nombre d'heures de soins infirmiers par jour-patient (HPPD) ou le nombre d'heures de soins infirmiers est divisé par le nombre total de jours-patients et utilisé pour déterminer les niveaux de dotation en personnel en fonction de l'hôpital ou d'autres repères régionaux ou provinciaux identifiés. Par exemple, dans une unité médicale, le nombre total de jours-patients reflète le nombre moyen de patients pour une période de 24 heures. Les heures de soins infirmiers désignent le nombre total d'heures travaillées partout le personnel infirmier d'une unité pendant une période donnée (p. ex., un quart de travail de 12 heures).

2. Le ratio infirmière/infirmier-patient, dans lequel le nombre d'infirmières et d'infirmiers par nombre de patients ou de jours-patients détermine les niveaux de dotation en personnel.

Le modèle de ratio infirmière/infirmier-patient est basé uniquement sur le nombre de patients dans une unité. Une approche de la dotation en personnel basée uniquement sur le ratio infirmière/infirmier-patient pourrait ne pas prendre en compte les besoins individuels des patients ou le jugement des infirmières et des infirmiers.

3. L'acuité des besoins du patient, dans laquelle les caractéristiques du patient sont utilisées pour déterminer les besoins en personnel d'une équipe.

La dotation en personnel basée sur l'acuité tient compte du niveau de soins, du temps, de la portée des soins infirmiers et de la complexité des patients afin de déterminer les besoins en personnel tout en respectant les normes de pratique infirmière. Dans ce modèle, l'infirmière ou l'infirmier qui fournit des soins directs aux patients doit prendre en compte chaque élément de soins relevant de son champ d'action et planifier de manière appropriée le temps nécessaire pour réaliser chaque élément pour chaque patient.

Bien que toutes les infirmières ou tous les infirmiers aient le devoir professionnel de s'informer sur la dotation en personnel dans le cadre de leur responsabilité envers les patients, c'est l'infirmière ou l'infirmier responsable ou le chef infirmier qui est chargé de déterminer le niveau de dotation en personnel nécessaire avant et pendant le quart de travail, en fonction de multiples facteurs (Mensik, 2014). Le rôle de dotation en personnel des infirmières ou des infirmiers responsables est essentiel pour la sécurité de tout le personnel infirmier et des patients dans le milieu des soins de santé. Les facteurs qu'une infirmière ou un infirmier responsable doit prendre en compte sont l'acuité des besoins du patient, la disponibilité du personnel infirmier, les connaissances et les compétences infirmières, la caractéristique de chaque infirmière ou infirmier, la complexité du milieu et le budget de l'organisation et/ou de l'unité (Mensik, 2014).

Plusieurs études mettent en évidence des facteurs spécifiques aux patients – tels que la complexité, la dépendance et la présentation des patients – qui influencent la façon dont une unité est dotée en personnel (Cucolo et Perroca, 2010; Imlach Gunasekara et coll., 2011; Rudd, Jenkinson, Grant, et Hoffman, 2009). La complexité du patient fait référence à ses besoins médicaux, tandis que la dépendance tient compte de ses besoins en matière de soins et que la présentation décrit l'état dans lequel se trouve le patient lorsqu'il sollicite des soins de santé (Cucolo et Perroca, 2010; Imlach Gunasekara et coll., 2011; Rudd et coll., 2009).

En plus des facteurs décrits ci-dessus, le comité d'experts recommande aux infirmières ou aux infirmiers de tenir compte de toute l'étendue des soins infirmiers requis – en prenant en considération à la fois les caractéristiques de l'infirmière ou l'infirmier et du patient – lorsqu'elles ou ils prennent des décisions de dotation en personnel qui vont au-delà d'un ratio infirmière/infirmier-patient déterminé. Cela comprend la prise en compte de l'ensemble du champ d'exercice du personnel infirmier, de l'effectif infirmier actuellement en place, de l'expérience, des connaissances et de l'expertise du personnel infirmier, de l'éventail de qualification, du temps nécessaire pour chaque élément de soins que le personnel infirmier est censé fournir pendant le quart de travail, des caractéristiques et des variables individuelles de chaque patient et de sa famille, et de la disponibilité des membres de l'équipe interprofessionnelle nécessaires pour soutenir pleinement les soins requis par la population particulière de patients. Ces variables peuvent avoir un effet important sur les ressources nécessaires.

Il est essentiel que l'infirmière ou l'infirmier responsable des décisions de dotation en personnel au niveau de l'unité ou de l'équipe prenne en compte et intègre tous les facteurs pertinents dans le cadre décisionnel de la dotation en personnel. En outre, le comité d'experts recommande que les infirmières ou les infirmiers responsables adoptent les cinq comportements décisionnels suivants, énoncés dans une étude qualitative descriptive et désignés sous le nom de « dotation en personnel attentif » (Wilson, Talsma et Martyn, 2011) :

- a) **Débrouillardise.** Le personnel infirmier le démontre par sa connaissance du système, son expérience des opérations, sa conscience organisationnelle et sa familiarité avec le processus d'obtention du soutien requis.
- b) **Communication avec tact.** Le personnel infirmier le démontre en communiquant de manière précise, opportune, claire et respectueuse avec les membres de l'équipe.
- c) **Flexibilité.** Le personnel infirmier le démontre par leur résilience face au stress quotidien. La résilience peut être atteinte en entretenant de bonnes relations, en acceptant les circonstances qui ne peuvent être changées, en gardant une perspective à long terme et en gardant espoir tout en visualisant la réalisation des objectifs (Sieg, 2015).
- d) **Esprit de décision, avec prise en compte de l'expertise.** Selon le comité d'experts, la prise en compte de l'expertise signifie que les infirmières ou les infirmiers consultent leurs collègues de manière appropriée et qu'elles ou qu'ils apprécient l'expertise du patient ou du membre de la famille qui possède des informations intimes sur la santé et les antécédents médicaux du patient.
- e) **Conscience constante de la « vue d'ensemble »** Le personnel infirmier le démontre en communiquant avec d'autres départements, organisations et membres de l'équipe.

Un examen systématique Cochrane de 2011 suggère que les interventions liées aux modèles de dotation en personnel infirmier des hôpitaux – en particulier, l'ajout de rôles d'infirmières et d'infirmiers spécialisés, et de soutien spécialisé au personnel infirmier – peuvent améliorer certains résultats pour les patients (Butler et coll., 2011). Les interventions peuvent également améliorer les résultats liés au personnel – en particulier, l'introduction de soins infirmiers primaires⁹(Butler et coll., 2011). Une étude qualitative modérée a proposé d'utiliser des modèles de dotation en personnel comme moyen de consolider les facteurs liés aux patients et aux infirmières ou aux infirmiers afin de déterminer les niveaux de dotation appropriés (Butler et coll., 2011). Cependant, une revue de la littérature (O'Brien-Pallas, Meyer, Hayes et Wang, 2011) et une étude de cohorte modérée (Tierney, Seymour-Route et Crawford, 2013) ont constaté que

les modèles de dotation en personnel étaient très complexes et ont suggéré qu'une meilleure compréhension du milieu de travail est nécessaire pour mieux comprendre comment les facteurs de l'environnement de travail affectent les résultats cliniques.

Bien que les personnes responsables des décisions en matière de dotation aient la responsabilité d'accéder à des ressources pour améliorer leurs connaissances en matière de dotation et leur capacité à prendre des décisions efficaces en la matière (voir [Recommandation 3.0](#)), les organisations ont la responsabilité correspondante d'investir dans des processus qui amélioreront le développement des connaissances de leurs décideurs et leur capacité à prendre des décisions de dotation sûres pendant le quart de travail (Wilson et coll., 2011).

RECOMMANDATION 4.1 :

Tout le personnel comprend et applique les processus de rapport et de documentation des pratiques de dotation en personnel dangereuses, conformément aux exigences des organismes de réglementation et des politiques organisationnelles.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Conformément à la position de l'AIIAO et de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) sur les pratiques sûres en matière de dotation en personnel, les organisations de soins de santé ont la responsabilité de s'assurer qu'un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers les plus appropriés pour chaque milieu spécifique sont présents en tout temps afin de fournir des soins sûrs et continus aux patients. En même temps, la responsabilité professionnelle des infirmières ou des infirmiers de fournir les meilleurs soins possible à leurs patients comprend la promotion d'une dotation en personnel sûre en signalant toute situation de dotation dangereuse au gestionnaire/superviseur/administrateur approprié au moment où la situation se produit (OIIO, 2002).

Dans les enquêtes sur le recrutement et la fidélisation, ainsi que dans les études de recherche, le personnel infirmier a indiqué qu'il n'est pas en mesure de fournir les éléments de soins requis conformément aux normes définies par les organismes professionnels et réglementaires en raison d'une dotation en personnel inefficace. Des études ont noté que les caractéristiques individuelles des infirmières ou des infirmiers, telles que leur présence quotidienne et les raisons pour lesquelles elles ou ils font des heures supplémentaires, affectent également la dotation en personnel (Bae, 2012; Gabbay et Bukchin, 2009). La présence quotidienne des infirmières ou des infirmiers influe sur la variabilité de la charge de travail individuelle, tandis que les infirmières ou les infirmiers qui se portent volontaires pour faire des heures supplémentaires pour des raisons financières ou d'autres pressions peuvent être trop fatigué(e)s pour accomplir leur travail. La fatigue du personnel infirmier résultant d'une planification inefficace est un exemple de risque pour la sécurité du personnel infirmier et des patients qui doit être documenté, signalé et discuté au sein des comités appropriés de l'organisation (Bae, 2012; Gabbay et Bukchin, 2009). Vous trouverez des informations supplémentaires sur la fatigue du personnel infirmier dans la LDPE de l'AIIAO intitulée *La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé* (2011).

Le comité d'experts recommande que les infirmières ou les infirmiers qui identifient des situations de dotation dangereuses suivent la politique de l'organisation et/ou soumettent une documentation détaillée de la charge de travail et des préoccupations relatives à la pratique, et/ou tout formulaire de charge de travail soutenu dans la convention collective (le cas échéant), à la personne la plus responsable de l'équipe de gestion ou du service d'assurance qualité, selon le cas, dès que possible. Un examen et une réponse/un suivi en temps opportun concernant les formulaires de charge de travail sont essentiels pour maintenir la confiance et déterminer les résolutions des problèmes de charge de travail.

Pour encourager le signalement des situations dangereuses en matière de personnel, les organisations doivent soutenir le signalement, procéder à des examens réguliers du processus de signalement et promouvoir une culture^G « sans blâme » et « sans peur ». La documentation qui en résulte peut aider les administrateurs à suivre et à identifier les tendances liées à une dotation en personnel dangereuse qui affecte la sécurité des patients et du personnel infirmier. L'établissement d'un lien entre ces données et les rapports de qualité peut aider les administrateurs de l'hôpital à plaider en faveur de ressources supplémentaires afin de garantir la sécurité du personnel.

RECOMMANDATION 4.2 :

Le personnel infirmier des points de service participe aux décisions relatives à la dotation en personnel aux niveaux stratégique, opérationnel et quotidien en utilisant les processus de gouvernance partagée.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Les recherches montrent que les infirmières ou les infirmiers veulent participer davantage à l'évaluation de l'acuité des besoins du patient, de l'évolution des besoins du patient et des exigences en matière de dotation en personnel (Kramer et Schmalenberg, 2003; Laschinger, Almost et Tuer-Hodes, 2003), et les études indiquent que les infirmières ou les infirmiers de tous les niveaux ont intérêt à contribuer aux décisions en matière de dotation en personnel (Cho et coll., 2003; Needleman et Buerhaus, 2003; Needleman et coll., 2002; Person et coll., 2004; Tourangeau et coll., 2002; Yang, 2003).

Une étude (Burston, Chaboyer, Wallis, et Stanfield, 2011) a identifié diverses approches des infirmières et des infirmiers de point de service participant à la prise de décision pour influencer positivement l'amélioration de la qualité, la sécurité, la rétention des infirmières et des infirmiers, l'efficacité des soins et la satisfaction des patients. La contribution de ces infirmières et de ces infirmiers a permis de soutenir des approches visant à transformer la façon dont les infirmières et les infirmiers font leur travail et travaillent avec les autres. Fray (2011) a conclu que le fait de donner au personnel de première ligne le pouvoir et le contrôle sur leur pratique clinique par le biais d'un modèle de gouvernance partagée profite aux infirmières ou aux infirmiers, aux patients et aux organisations dans les domaines de la collégialité, de la rétention du personnel, de l'autonomie et de la responsabilisation, du moral et de la satisfaction des patients et des infirmières ou des infirmiers.

La gouvernance partagée^G est un modèle de travail de prise de décision participative dans lequel les infirmières ou les infirmiers sont organisés pour prendre des décisions, qu'il s'agisse de la planification du personnel, de la formation des nouveaux employés ou de la mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes concernant les normes de pratique clinique, l'amélioration de la qualité, le développement du personnel et des professionnels, et la recherche. Elle permet aux infirmières ou aux infirmiers de tous les milieux de soins de s'exprimer pour influencer leur propre pratique et les soins qu'elles ou qu'ils prodiguent aux patients (Church, Baker et Berry, 2008). Les comités, les conseils, les groupes de travail et les enquêtes visant à recueillir l'avis des infirmières ou des infirmiers sont des exemples de « véhicules » de gouvernance partagée. Les activités de gouvernance partagée peuvent comprendre l'établissement d'un calendrier participatif, des décisions conjointes en matière de dotation en personnel et/ou le partage des responsabilités de l'unité (p. ex., chaque infirmière ou infirmier autorisé est formé pour être « responsable » de son unité ou de son secteur et partage ce rôle avec d'autres membres de l'équipe professionnelle, peut-être selon un calendrier tournant) afin d'obtenir les meilleurs résultats en matière de soins aux patients. Les infirmières et les infirmiers peuvent également participer à la définition des objectifs et à la résolution des conflits (Taylor, 2016).

Le comité d'experts note que la gouvernance partagée peut prendre des formes différentes selon les contextes, mais que les résultats sont les mêmes : le sentiment d'avoir été entendu et inclus dans les décisions qui affectent directement la vie professionnelle des infirmières et des infirmiers. Les chercheurs ont documenté la valeur du processus de dotation en personnel et les contributions que chaque catégorie de fournisseurs de soins infirmiers (IA, IPA, IP) apporte au processus de dotation en personnel en fonction de la sécurité, de la compétence et des soins éthiques (O'Brien-Pallas et coll., 2004). En ce qui concerne les plans de dotation en personnel, le comité d'experts recommande que ces plans :

- soient élaborés au niveau de l'organisation et de l'unité, après consultation des infirmières et des infirmiers de première ligne, sur la base d'un modèle de gouvernance partagée;
- prévoient des options aux infirmières et aux infirmiers lorsque les dispositions en matière de personnel sont inadéquates;
- définissent les ratios infirmières/infirmiers-patients attendus, les compétences requises, les champs d'exercice, les modèles de dotation en personnel et les ressources nécessaires à la qualité des soins;

- reconnaissent la complexité de l'adéquation entre les compétences, la formation et l'expérience des infirmières et des infirmiers et des autres prestataires de soins et les besoins des patients;
- soient élaborés par des personnes qui ont été formées à ces décisions complexes et qui sont capables de les prendre.

De plus, le comité d'experts recommande que les infirmières et les infirmiers aux points de service jouent un rôle plus important dans l'élaboration des plans de dotation en personnel aux différents niveaux des organisations. Le fait d'être au point des soins donne à ces infirmières et à ces infirmiers une perspective unique sur les variations des besoins en personnel tout au long de la journée et de la nuit. Elles ou ils constatent des lacunes et sont en mesure d'en rendre compte, et comprennent où des améliorations sont nécessaires afin de coordonner et d'améliorer la qualité des soins, et de maintenir un milieu de travail sain.

RECOMMANDATION 4.3 :

Le personnel infirmier aux points de service démontre qu'il comprend les politiques et les processus de dotation de l'organisation et de l'unité par les moyens suivants : la présence régulière, la planification proactive des vacances, la notification appropriée des congés de maladie et la connaissance des rôles des membres de l'équipe interprofessionnelle et intraprofessionnelle.

Niveau de qualité des données probantes = IV, V

Discussion sur les données probantes :

L'infirmière ou l'infirmier autorisé principal (ou l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire autorisé) le plus approprié est affecté au point de soins d'un patient en fonction de la complexité du patient et de ses besoins en matière de soins et du degré de prévisibilité des résultats du patient (AIIAO, 2010). L'organisation et le patient comptent sur la présence de cette infirmière ou de cet infirmier lors de la prestation des soins. Tous les membres du personnel infirmier ont la responsabilité professionnelle de se présenter à leur poste de travail et, s'ils ne sont pas disponibles, d'utiliser les processus décrits par leur organisation pour informer leur lieu de travail (OIIO, 2002).

Les infirmières et les infirmiers aux points de service ont la responsabilité d'acquérir une compréhension du flux et de l'acuité des besoins des patients dans leur milieu de travail, et de fournir une notification suffisante des absences planifiées (p. ex., vacances) et non planifiées (p. ex., congé de maladie) à leurs gestionnaires/employeurs, conformément aux politiques organisationnelles. Il est utile à cet égard d'assister à des séances de formation et de consulter les politiques organisationnelles qui décrivent les normes et les attentes en matière de participation.

Bien que les fluctuations des besoins en personnel ne soient pas toujours prévisibles, les infirmières et les infirmiers de point de service sont dans une position unique pour contribuer en identifiant les facteurs quotidiens qui affectent la dotation en personnel appropriée de l'unité et en faisant des suggestions pour améliorer les processus (Mensik, 2014). Le comité d'experts a identifié les facteurs quotidiens suivants qui peuvent affecter la dotation en personnel : une augmentation du nombre de patients, une augmentation inattendue de l'acuité et des besoins des patients, et des absences non planifiées du personnel.

Les présentes lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO intitulées, *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : Optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système* (2013a) et *Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers* (2016) ont souligné l'importance de comprendre et d'exercer en tant qu'intraprofessionnel et en tant qu'interprofessionnel. Lorsque tous les membres de l'équipe interprofessionnelle travaillent dans le cadre de leur champ d'exercice et comprennent les rôles et les champs d'exercice des autres membres, cela contribue aux meilleurs résultats pour les patients. Cette compréhension et cette collaboration entre les membres de l'équipe interprofessionnelle en ce qui concerne les besoins des patients et les plans de soins peuvent améliorer la qualité des soins et réduire les problèmes de charge de travail parmi les professionnels (AIIAO, 2013a).

RECOMMANDATION 4.4 :

Les chefs des services infirmiers soutiennent la mise en place et le fonctionnement d'un comité de dotation en personnel composé de représentants de toutes les unités/équipes/secteurs, y compris l'administration, et dont la majorité des membres sont des infirmières et des infirmiers autorisés de point de service.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Un comité de dotation en personnel supervise les processus nécessaires pour garantir une dotation sûre et adéquate pour un milieu de soins de santé particulier. Les responsabilités de ce comité peuvent inclure la programmation des unités^G, les politiques de dotation, les procédures et l'élaboration des rotations mensuelles de la dotation (Mensik, 2014). Les comités de dotation en personnel soutiennent l'élaboration d'un plan de dotation approprié pour guider les besoins des unités de soins infirmiers. Un plan clair qui tient compte des compétences, de l'expérience et de la disponibilité des infirmières et des infirmiers dans les catégories appropriées permettra d'assurer des niveaux de dotation appropriés qui favorisent la continuité et la normalisation des soins. Les éléments d'un plan de dotation comprennent des processus permettant au personnel de donner son avis sur les horaires des unités, les politiques, les procédures, la technologie, le modèle de prestation des soins, les horaires des jours fériés, les vacances, les quarts d'échange, le faible recensement et les quarts flexibles (Mensik, 2014).

Bien que les aspects financiers de la dotation soient pertinents pour toutes les décisions de dotation, le comité d'experts recommande que les responsabilités du comité de dotation n'incluent pas les décisions ou les responsabilités budgétaires, mais restent axées sur les besoins des infirmières et des infirmiers, et des patients.

Le comité de dotation permet aux professionnels infirmiers et aux administrateurs de l'organisation de collaborer à la détermination des besoins en personnel et à l'étude de la relation entre la dotation en personnel et les résultats pour les patients dans l'organisation. Il permet aux infirmières et aux infirmiers, qui sont les principaux soignants dans les organisations de soins de santé, de se faire entendre et peut contribuer à une meilleure rétention des infirmières et des infirmiers tout en favorisant une dotation en personnel infirmier fondée sur des données probantes.

Le fonctionnement et la composition des comités de dotation en personnel varient d'une organisation à l'autre, mais ils doivent comprendre des représentants de tous les secteurs ou unités qui dispensent des soins aux patients. De plus, les organisations devraient employer un mécanisme fondé sur des données probantes permettant aux infirmières et aux infirmiers des points de service de plaider en faveur d'une dotation suffisante en personnel infirmier en fonction des besoins de populations de patients spécifiques, et de participer à un processus conjoint concernant les décisions relatives à la dotation en personnel infirmier pour chaque secteur de soins aux patients. C'est pourquoi le comité d'experts recommande qu'au moins 50 % des membres des comités de dotation en personnel infirmier soient des infirmières et des infirmiers autorisés du point de service.

Tous les comités de dotation en personnel doivent avoir une charte qui définit l'objet, la structure, les fonctions/tâches, les devoirs et les responsabilités du comité. Pour un exemple de charte d'un comité de dotation en personnel infirmier, voir l'[Annexe G](#).

Recommandations externes/relatives au système

RECOMMANDATION 5.0 :

Les organismes d'accréditation et d'approbation intègrent des indicateurs fondés sur des données probantes qui reflètent les pratiques exemplaires en matière d'expérience des patients et de soins sûrs, éthiques et de haute qualité liés à la dotation en personnel infirmier.

Niveau de qualité des données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

L'incorporation d'indicateurs dont il a été démontré qu'ils fournissent des mesures précises des résultats pour les patients, le personnel infirmier et l'organisation aidera les organismes d'accréditation à déterminer si les normes de soins sont respectées et maintenues. Kutney-Lee et coll., (2009) ont mené une étude modérément évaluée qui a fait état d'une augmentation de la satisfaction des patients, indicateur largement utilisé, dans les hôpitaux où le ratio patient/infirmière ou infirmier est plus favorable (c.-à-d. où le nombre d'infirmières et d'infirmiers est plus élevé). Cette étude suggère que l'amélioration des milieux de travail des infirmières et des infirmiers, qui inclut une dotation suffisante en personnel infirmier, peut améliorer l'expérience des patients et la qualité des soins.

La littérature indique que l'utilisation de pratiques fondées sur des données probantes en matière de dotation en personnel a permis d'obtenir des résultats plus positifs pour les patients et des milieux de travail plus sûrs pour le personnel.



Recommandations relatives aux gouvernements

RECOMMANDATION 6.0 :

Les gouvernements s'engagent à élaborer une loi protégeant le personnel infirmier et les autres membres du personnel de santé qui signalent des pratiques de dotation en personnel compromettant la sécurité et la qualité des soins.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Tout le personnel infirmier a la responsabilité professionnelle de défendre les patients dont il s'occupe et de signaler les pratiques dangereuses aux autorités compétentes (OIIO, 2013), qu'elles soient liées à un manque de personnel, à des soins inappropriés ou à tout autre problème. La défense des intérêts du patient fait partie de la profession infirmière et de la relation thérapeutique^G visant à faire progresser les résultats pour l'intérêt fondamental du patient (AIIAO, 2006).

Le fait de s'exprimer est souvent stigmatisé, ce qui peut causer un stress considérable aux personnes concernées et avoir des conséquences négatives pour les individus et les organisations. Si, en théorie, s'exprimer pour contribuer à la qualité des soins ne doit pas être source de stress, dans la pratique, c'est souvent le cas. Lorsque les infirmières et les infirmiers, et les autres prestataires de soins de santé ont épuisé les procédures et les canaux internes (p. ex., les rapports d'incident, les rapports verbaux, etc.) en vain, ou si cela ne suffit pas, des voies de signalement supplémentaires sont nécessaires.

La promulgation d'une loi de protection préservant l'anonymat des individus et offrant une protection contre les représailles de la part des employeurs constituerait un cadre important dans lequel les infirmières et les infirmiers, et les autres prestataires de soins de santé pourraient exprimer leurs préoccupations. La loi de protection a le potentiel de conférer le pouvoir aux infirmières et aux infirmiers, et autres personnels de santé de dénoncer les cultures organisationnelles qui restent silencieuses sur les questions de sécurité des patients (Jackson et coll., 2010). Une telle loi peut offrir des possibilités d'enquête et de divulgation d'informations de bonne foi sans cibler les individus, et peut aider les organisations à répondre aux préoccupations par le biais d'une critique et d'une discussion ouvertes lorsque de telles préoccupations se présentent (Berry, 2004).

RECOMMANDATION 6.1 :

Les gouvernements s'engagent à fournir des ressources financières et un leadership spécifiquement destinés à créer des milieux de travail sains qui favorisent des pratiques sûres en matière de dotation en personnel infirmier, encouragent la rétention du personnel infirmier et contribuent à des résultats positifs pour les patients.

Niveau de qualité des données probantes = IV

Discussion sur les données probantes :

La recherche a établi que des milieux de travail sains contribuent à la rétention du personnel infirmier. Les résultats de la recherche documentaire indiquent que le roulement du personnel infirmier est lié aux niveaux et aux pratiques de dotation en personnel, et que les coûts sont attribuables aux deux.

Les investissements dans la formation et les pratiques qui facilitent les milieux de travail sains ont été identifiés comme ayant des résultats financiers positifs pour les organisations. Une étude réalisée en Nouvelle-Zélande (North et coll., 2013) a révélé que le coût associé à chaque roulement d'infirmières et d'infirmiers représentait la moitié du salaire moyen d'une infirmière ou d'un infirmier. Les économies qui résulteraient d'une réduction du roulement du personnel infirmier (suite à la création de milieux de travail plus sains) pourraient être affectées à l'embauche de personnel infirmier supplémentaire et à d'autres initiatives qui influencent la rétention du personnel infirmier.

La littérature suggère que les pratiques suivantes influencent le maintien du personnel infirmier et peuvent contribuer à prévenir le roulement du personnel :

1. Les gestionnaires veillent à ce que la valeur intrinsèque des infirmières et des infirmiers, et les défis auxquels ils sont confrontés – tels que les défis émotionnels et physiques de leur travail, leur moral et le stress associé – soient reconnus (Sellgren, Kajermo, Ekvall et Tomson, 2009);
2. L'utilisation de l'établissement des horaires par les infirmières et les infirmiers (Butler et coll., 2011);
3. Des niveaux appropriés de dotation en personnel infirmier, une assurance maladie et des programmes de soutien au travail pour les infirmières et les infirmiers (Luo, Lin et Castle, 2013);
4. Des conditions de travail appropriées (p. ex., des charges de travail gérables, un milieu sûr, la possibilité de prendre des pauses planifiées, l'accès aux fournitures et à l'équipement) et une approche de gestion efficace (p. ex., des chefs qui font preuve de confiance, qui sont accessibles, qui offrent un mentorat et qui partagent les informations pertinentes avec leur équipe) (Nakamura et coll., 2010);
5. La dotation en personnel dans les limites du budget prévu et l'évitement du recours à des infirmières et des infirmiers intérimaires (North et coll., 2013).

Recommandations relatives à la recherche

RECOMMANDATION 7.0 :

Les organismes de financement soutiennent activement les chercheurs en soins infirmiers pour qu'ils continuent à étudier l'impact et les résultats de la dotation en personnel sur les infirmières et les infirmiers, les patients, les organisations et les systèmes.

Niveau de qualité des données probantes = V

Discussion sur les données probantes :

Le comité d'experts a souligné l'importance du financement de la recherche dans le domaine de la dotation en personnel infirmier. La recherche sur la dotation en personnel infirmier est intégrée à la prestation des services de santé, à la qualité des soins et aux résultats pour les patients et les infirmières et les infirmiers. Les infirmières et les infirmiers jouent un rôle essentiel dans la conception de meilleurs soins pour les patients, et ce financement permettra d'évaluer à la fois les services fournis et la structure systématique dans laquelle ces services sont dispensés. Il s'agit notamment de déterminer le nombre et le type de personnel infirmier nécessaires pour fournir des soins efficaces et efficaces tout en maîtrisant les coûts des soins de santé. Le financement de la recherche sur la dotation en personnel infirmier encouragera le développement et la participation à la recherche pour tout le personnel infirmier, et contribuera à l'avancement de la science infirmière et à l'amélioration des résultats pour les patients et les infirmières et les infirmiers.

Le comité d'experts note que, malgré les efforts et les recherches antérieures, la dotation en personnel et la composition du personnel restent un aspect opérationnel difficile pour les organisations de soins de santé. Des implications éthiques considérables existent en ce qui concerne la conduite de recherches expérimentales dans le domaine de la dotation en personnel infirmier (p. ex., randomiser les patients pour qu'ils reçoivent des soins par le biais de modèles de prestation dont la sécurité n'a pas été évaluée), et les chercheurs dans ce domaine doivent concevoir des plans de recherche créatifs qui équilibrent le besoin de données quantitatives expérimentales tout en maintenant des valeurs éthiques fortes.

L'accès à la recherche actuelle sur l'impact des processus de dotation en personnel et de la composition du personnel fournira des données probantes importantes aux infirmières et aux infirmiers administrateurs chargés de garantir une dotation en personnel sûre et adéquate et les aidera dans leurs prises de décision. Voir la section [Lacunes dans la recherche et conséquences futures](#) pour plus d'informations sur les recherches nécessaires à l'amélioration des données probantes relatives aux pratiques en matière de dotation en personnel infirmier et de charge de travail.

Lacunes dans la recherche et conséquences futures

Le comité d'experts de l'AIIAO, en examinant les données probantes de cette ligne directrice, a déterminé les domaines prioritaires de recherche présentés dans le tableau 1. Ils sont classés dans la recherche sur la pratique, les résultats et le système de santé.

Tableau 1 : Secteurs de recherche prioritaires : pratiques, résultats et système de santé

CATÉGORIE	DOMAINES DE RECHERCHE PRIORITAIRES
Recherche sur les pratiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études supplémentaires qui examinent les modèles de dotation en personnel qui sont dynamiques et qui sont basés sur l'acuité des besoins des patients, la composition du personnel, l'établissement d'horaires par les infirmières et les infirmiers et l'utilisation d'infirmières et d'infirmiers spécialisés
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études supplémentaires qui examinent l'utilisation d'outils qualitatifs et quantitatifs pour améliorer les pratiques de dotation en personnel
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études supplémentaires qui explorent les modèles de composition du personnel dans les unités d'hospitalisation et les résultats pour les patients et le personnel infirmier
Recherche sur les résultats	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les effets de tous les quarts de travail prévus, des pauses sommeil, du statut de travail, de la sécurité des patients, du milieu, de la qualité de vie au travail et de la continuité des soins et des soignants sur la satisfaction des infirmières et des infirmiers, et des patients
	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'impact des modèles de composition du personnel sur la durée des séjours des patients
Recherche sur le système de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Évaluations économiques en matière de santé des modèles et stratégies de dotation en personnel dans divers contextes (p. ex., les soins de longue durée, les soins à domicile)
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Retour sur investissement, coût-bénéfice
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des études supplémentaires sur la nécessité de modifications législatives pour soutenir les infirmières et les infirmiers qui signalent des conditions de travail dangereuses

Même s'il n'est pas exhaustif, le tableau ci-dessus constitue une tentative pour déterminer et établir une liste de priorités des projets de recherche nécessaires en ce qui concerne les pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail. Bon nombre de recommandations dans la présente ligne directrice sont fondées sur des données probantes quantitatives et qualitatives de recherche, tandis que d'autres s'appuient sur le consensus^G ou l'opinion des experts. Des recherches approfondies sont nécessaires pour corroborer l'opinion des experts. De meilleures données probantes permettront d'améliorer les pratiques en matière de dotation en personnel et de charge de travail et, en fin de compte, d'améliorer les résultats pour les patients.

Stratégies de mise en œuvre

La mise en œuvre des lignes directrices au point d'intervention comporte plusieurs facettes et constitue un défi; il faut bien plus qu'une connaissance et une distribution des lignes directrices pour amener les gens à modifier leur pratique. Les lignes directrices doivent être adaptées à chaque contexte de pratique de manière systématique et participative pour que les recommandations soient appropriées au contexte local (Harrison, Graham, Fervers et van den Hoek, 2013). La Trousse de l'AIIAO (2012) : La mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires offre un processus éclairé par des données probantes dans ce but (voir l'Annexe F).

La Trousse s'appuie sur des données récentes qui montrent que l'adoption de pratiques exemplaires dans le domaine des soins de santé a plus de chances de réussir lorsque :

- Les décideurs à tous les niveaux se sont engagés à soutenir la mise en œuvre de la ligne directrice;
- La sélection des lignes directrices qui seront mises en œuvre se fait dans le cadre d'un processus participatif et systématique;
- Les intervenants à qui s'adressent les lignes directrices sont déterminés et engagés à participer à leur mise en œuvre;
- L'état de préparation de l'environnement pour mettre en œuvre les lignes directrices est évalué;
- La ligne directrice est adaptée au contexte local;
- Les obstacles et les facteurs favorables à l'utilisation de la ligne directrice sont évalués et traités;
- Les interventions visant à encourager l'utilisation de la ligne directrice sont sélectionnées;
- L'utilisation de la ligne directrice est surveillée systématiquement et maintenue;
- L'évaluation des effets de la ligne directrice est intégrée au processus;
- Il existe des ressources adéquates pour réaliser tous les volets de la mise en œuvre des lignes directrices.

La Trousse utilise le cadre de mise en pratique des connaissances (Straus, Tetroe, Graham, Zwarenstein et Bhattacharyya, 2009), pour déterminer les étapes du processus nécessaires à la recherche et à la synthèse des connaissances. Elle permet aussi d'orienter l'adaptation des nouvelles connaissances au contexte local, ainsi que leur mise en œuvre. Le cadre suggère de cerner et d'utiliser les outils de connaissances comme les lignes directrices pour déterminer les lacunes et pour entamer le processus d'adaptation des nouvelles connaissances au contexte régional.

L'AIIAO s'engage à assurer le déploiement et la mise en œuvre à grande échelle de ses lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE). Nous appliquons une démarche coordonnée de diffusion faisant appel à différentes stratégies, notamment :

1. Le réseau des champions des pratiques exemplaires en matière de soins infirmiers^{MD}, qui développe la capacité de chaque infirmière et infirmier à encourager la sensibilisation aux LPDE et l'engagement peuvent des intervenants à les adopter;
2. Les ordonnances en soins infirmiers^G, qui fournissent des énoncés d'intervention clairs, concis et réalisables formulés à partir de recommandations de pratiques des LDPE, qui peuvent être facilement intégrées dans des dossiers médicaux électroniques, mais aussi utilisés dans des milieux basés sur le papier ou hybrides;
3. La désignation d'organisations vedettes en pratiques exemplaires^{MD} (OVPE^{MD}), qui appuie la mise en œuvre des LDPE au niveau de l'organisation et du système de soins de santé. Les OVPE^{MD} se concentrent sur la mise en place de cultures professionnelles fondées sur les données probantes avec le mandat particulier de mettre en œuvre, d'évaluer et d'« enraceriner » différentes LDPE de l'AIIAO.

En outre, nous offrons chaque année des ateliers de renforcement des capacités sur des LDPE précises et leur mise en application.

Vous trouverez des informations sur nos stratégies de mise en œuvre aux emplacements suivants :

- Le réseau des champions des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : <http://RNAO.ca/bpg/get-involved/champions>
- Les ordonnances en soins infirmiers de l'AIIAO : www.RNAO.ca/bpg/initiatives/nursing-order-sets
- Les organisations vedettes des pratiques exemplaires de l'AIIAO^{MD} : <http://RNAO.ca/bpg/bpso>
- Les ateliers de renforcement des capacités et les autres occasions de perfectionnement professionnel de l'AIIAO : <https://RNAO.ca/events>



Évaluation et suivi de la présente ligne directrice

Lorsque vous mettez en œuvre les recommandations de la ligne directrice, nous vous invitons à songer à un mode de surveillance et d'évaluation de la mise en œuvre et de son impact.

Le tableau 2 est fondé sur un cadre présenté dans la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* de l'AIAO (2012) et illustre certains indicateurs précis pour surveiller et évaluer la mise en œuvre de cette ligne directrice.

Tableau 2 : Indicateurs de structure, de processus et de résultat

Niveau de l'indicateur	TYPE D'INDICATEUR		
	Structure	Processus	Résultat
Objectifs	Ces indicateurs évaluent les supports de l'organisation qui permettent aux infirmières et aux infirmiers, et aux autres professionnels de la santé d'intégrer les pratiques exemplaires dans leurs modèles de dotation en personnel.	Ces indicateurs évaluent la mise en œuvre de cette ligne directrice et les changements dans les pratiques de dotation en personnel par le biais d'indicateurs et de résultats pour les infirmières et les infirmiers, et les patients.	Ces indicateurs fournissent des données qui reflètent les effets de la mise en œuvre des recommandations des lignes directrices qui conduisent à de meilleurs résultats pour les infirmières et les infirmiers.
Niveau de l'organisation	Des structures systémiques sont en place pour aider les organisations et les prestataires de soins de santé à promouvoir des pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail au sein d'un même établissement, entre établissements et à travers les établissements.	<p>Des processus à l'échelle du système sont mis en œuvre pour favoriser une dotation en personnel sûre au sein des établissements et des prestataires de soins de santé, ainsi qu'entre eux.</p> <p>Les cartes de pointage sont examinées régulièrement par la direction et les représentants des principaux groupes d'intervenants (y compris les représentants des patients, les chefs du personnel infirmier et les praticiens des points de service) afin de faciliter la planification des effectifs.</p> <p>Les cartes de pointage font partie de l'examen annuel de l'organisation, qui comprend les tendances en matière de rendement et l'allocation de budget/ressources pour l'année fiscale suivante.</p>	<p>Pourcentage d'infirmières et d'infirmiers chefs d'unité/opérationnels qui appliquent des processus de soins infirmiers sûrs.</p> <p>Pourcentage d'événements indésirables liés à un nombre insuffisant d'infirmières et d'infirmiers en poste.</p> <p>Pourcentage des coûts associés au modèle de dotation en personnel alternatif.</p> <p>Pourcentage des taux de réadmission dus à une offre insuffisante d'infirmières et d'infirmiers à plein temps.</p> <p>Pourcentage d'organisations utilisant des outils de collecte de données pour l'analyse comparative interne et externe.</p>

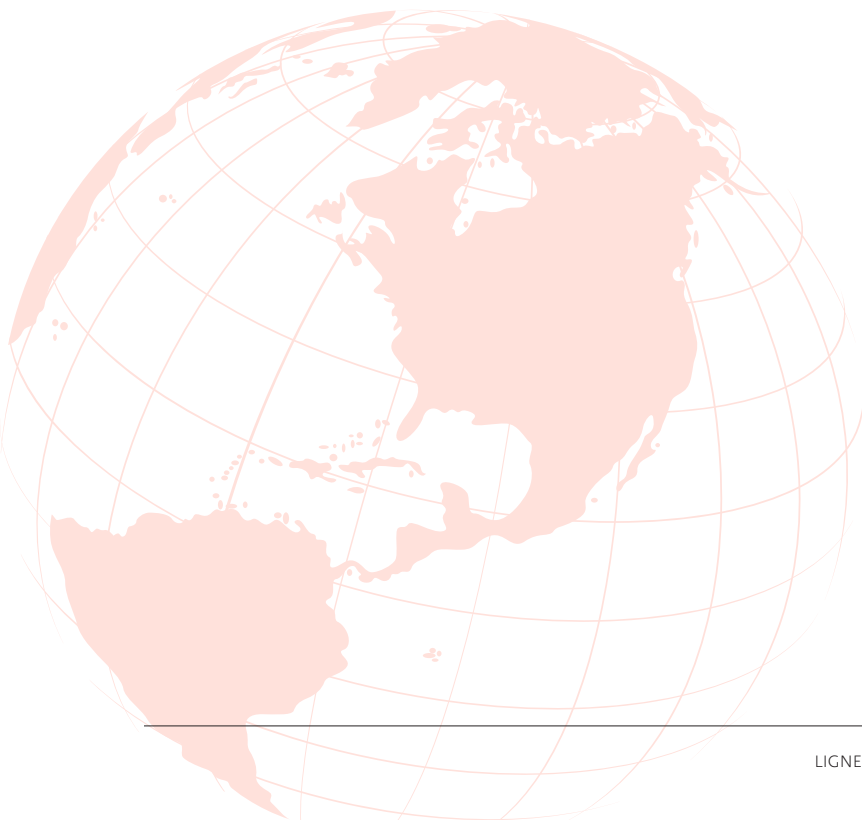
Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Niveau de l'organisation	<p>Les structures organisationnelles favorisent la continuité des soins et la sécurité de la dotation en personnel infirmier au sein d'un même établissement ou d'un même prestataire de soins de santé, ou entre ces établissements ou prestataires, comme le montrent les exemples suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les mécanismes de communication et de circulation de l'information; ■ la disponibilité du personnel désigné pour aider aux plans contingents qui affectent la disponibilité du personnel. 	<p>L'organisation a adopté et mis en œuvre des politiques et des procédures pour guider la dotation en personnel.</p> <p>L'organisation offre des programmes appropriés de formation en cours d'emploi et d'éducation aux personnes responsables de l'élaboration des modèles de dotation en personnel et de l'établissement des horaires quotidiens.</p> <p>L'organisation utilise ou fournit une technologie normalisée pour soutenir les systèmes de dotation en personnel.</p>	<p>Diminution des coûts associés à la dotation en personnel (p. ex., heures supplémentaires, recours à des agences).</p> <p>Diminution des événements indésirables (p. ex., les soins retardés, les réadmissions, les soins insuffisants).</p> <p>Tout le personnel reçoit une formation ou un enseignement concernant la technologie, les modèles de dotation en personnel et la composition du personnel.</p> <p>Suivi et rapport des incidents critiques liés à une dotation en personnel insuffisante en termes de catégorie et de nombre.</p> <p>Ratio temps plein/temps partiel de 70/30.</p>
	<p>Des structures sont en place pour l'introduction de plaintes officielles dans les domaines de la communication entre le personnel infirmier, des soins infirmiers cliniques et de l'attitude des infirmières et des infirmiers.</p>	<p>L'organisation évalue les plaintes officielles et les pratiques en matière de personnel.</p>	

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Niveau de l'individu	Des services éducatifs sont en place pour soutenir les meilleures pratiques de dotation en personnel.	Le personnel infirmier et le personnel désigné comme responsable de la dotation en personnel reçoivent un enseignement et une formation appropriés. Quel que soit leur rôle, les infirmières et les infirmiers, ainsi que les autres prestataires de soins de santé, doivent signaler des situations dangereuses.	Pourcentage d'infirmières et d'infirmiers sensibilisés et formés à la politique et aux procédures de dotation en personnel. Pourcentage d'infirmières et d'infirmiers satisfaits du modèle de dotation en personnel, des processus et de la disponibilité des infirmières et des infirmiers pour l'unité.
Niveau de l'individu	Des modèles de dotation en personnel sont en place pour assurer des soins adéquats aux patients.	Les patients et les familles reçoivent des informations verbales sur les personnes qui sont censées leur prodiguer des soins au cours de chaque quart de travail.	Pourcentage de patients satisfaits de la catégorie, de la continuité et du nombre de membres du personnel qui leur prodiguent des soins.
Niveau du système	Disponibilité de ressources financières adéquates pour soutenir la technologie et les ressources humaines afin d'obtenir une dotation en personnel sûre. Le budget est aligné sur un modèle organisationnel de prestation de soins infirmiers fondé sur des données probantes.	Coûts budgétaires annuels pour : <ul style="list-style-type: none"> ■ la dotation en personnel de la catégorie et du nombre appropriés d'infirmières et d'infirmiers, d'interprofessionnels et de personnel de soutien; ■ outils permettant la communication et la planification du personnel. 	Démonstration de la rentabilité et de l'efficacité par : <ul style="list-style-type: none"> ■ Économies relatives au recrutement et au maintien en poste; ■ Économies relatives aux congés de maladie; ■ Économies relatives aux heures supplémentaires. <p>Les niveaux de personnel requis sont disponibles pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ répondre aux besoins des patients; ■ s'adapter aux besoins fluctuants des patients; ■ répondre aux besoins fluctuants en matière de dotation en personnel (p. ex., personnel de remplacement pour l'orientation, le développement professionnel, etc.).

Processus pour la mise à jour et l'examen de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) s'est engagée à mettre à jour ses LDPE de la façon suivante :

1. Chaque LDPE sera examinée par une équipe de spécialistes sur le sujet cinq ans après la publication de la dernière édition.
2. Le personnel du centre des Affaires internationales et lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE) exerce une surveillance régulière à la recherche de nouveaux examens méthodiques, d'essais cliniques randomisés et d'autres documents pertinents dans le domaine.
3. Selon les résultats de l'examen, le personnel peut recommander de devancer la période de révision. Une consultation adéquate auprès d'une équipe formée de membres du comité d'experts initial et d'autres spécialistes du domaine permettra de valider la décision d'examiner et de réviser les lignes directrices avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel commence à planifier l'examen de la façon suivante :
 - a) En invitant des spécialistes du domaine à se joindre au comité d'experts. Le comité réunira des membres du comité d'experts initial ainsi que d'autres spécialistes et experts recommandés.
 - b) En compilant les commentaires reçus, les questions soulevées pendant l'étape de diffusion, y compris d'autres commentaires et expériences des OVPE^{MD} et d'autres sites de diffusion concernant leurs expériences.
 - c) En compilant de nouvelles lignes directrices pour un système et un milieu de travail sains dans le domaine et en procédant à un examen méthodique des données probantes.
 - d) En établissant un plan de travail détaillé comportant des échéances et des livrables pour l'élaboration d'une nouvelle édition de la ligne directrice.
5. Les nouvelles éditions des LDPE seront diffusées selon les structures et les processus établis.



Références

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van Den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries : A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs : A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, 15(5): pp. 296 à 320.
- Alenius, L. S., Tishelman, C., Runesdotter, S., et Lindqvist, R. (2014). Staffing and resource adequacy strongly related to RNs' assessment of patient safety : A national study of RNs working in acute-care hospitals in Sweden. *BMJ Quality and Safety*, 23(3) : pp. 242 à 249.
- American Nurses Association. (2000). *Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting*. Washington, DC : American Nurses Publishing.
- Anhang Price, R., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., ... Cleary, P. D. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Medical Care Research and Review*, 71(5) : pp. 522 à 554.
- Bae, S. H. (2012). Nursing overtime : Why, how much, and under what working conditions? *Nursing Economic\$, 30(2)*: p. 60 à 71.
- Bae, S., Mark, B., et Fried, B. (2010). Impact of nursing unit turnover on patient outcomes in hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1) : p. 40 à 49.
- Baernholdt, M., Cox, K., et Scully, K. (2010). Using clinical data to capture nurse workload : Implications for staffing and safety. *CIN : MEDSURG Nursing*, 28(4) : pp. 229 à 234.
- Baker, C.M., Ogden, S.J., Prapaipanich, W., Keith, C.K., Beattie, L.C. et Nickleson, L.E. (1999). Hospital consolidation : Applying stakeholder analysis to merger life cycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3) : p. 11 à 20.
- Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., ... Doran, D. (2001). *Commitment and care : The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*. Ottawa (Ontario) : Canadian Health Services Research Foundation and The Change Foundation.
- Berry, B. (2004). Organizational culture : A framework and strategies for facilitating employee whistleblowing. *Employee Responsibilities and Rights Journal*, 16(1) :p. 1 à 11.
- Berry, L., et Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients*. Ottawa (Ontario) : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. Récupéré de https://nursesunions.ca/sites/default/files/cfnu_workload_paper_pdf.pdf
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Askham, J., et Marteau, T. (1999). Consensus development methods : Review of the best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(4) : pp. 236 à 248.
- Blegen, M. et Vaughn, T. (1998). A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. *Nursing Economic\$, 16(4)* : pp. 196 à 203.

- Bloor, K., et Maynard, A. (2003). *Planning human resources in health care : Towards an economic approach—An international comparative review*. Ottawa (Ontario) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Récupéré de http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/bloor_report.pdf
- Burston, S., Chaboyer, W., Wallis, M. et Stanfield, J. (2011). A discussion of approaches to transforming care: contemporary strategies to improve patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, 67(11) :pp. 2488 à 2495.
- Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., O'Mathuna, D. P., Schultz, T. J., ... Vilis, E. (2011). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(7). doi:10.1002/14651858.CD007019.pub2
- Bylone, M. (2010). Appropriate staffing : More than just numbers. *AACN Advanced Critical Care*, 21(1) : pp. 21 à 23.
- Canada Health Infoway. (2016). *Electronic medical records*. Récupéré de <https://www.infoway-inforoute.ca/en/solutions/electronic-medical-records>
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (2015). *Trends in own illness or disability-related absenteeism and overtime among publicly-employed registered nurses*. Récupéré de https://nursesunions.ca/sites/default/files/2015-05-05_absenteeism_and_overtime_quick_facts_en.pdf
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2005). *Conceptualizing and combining evidence*. Ressource consultée sur la page Web http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/insightAction/evidence_e.pdf
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2012). *Cadre décisionnel de la composition du personnel pour des soins infirmiers de qualité*. Ottawa (Ontario) : Auteur. Récupéré de https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/staff_mix_framework_2012_f.pdf?la=fr
- Institut canadien d'information sur la santé. (2016). *Mesures des résultats déclarés par les patients*. Récupéré de <https://www.cihi.ca/fr/mesures-des-resultats-declares-par-les-patients>
- Chin, H. L. (2013). The impact of nurse staffing on quality of patient care in acute care settings : An integrative review paper. *Singapore Nursing Journal*, 40(4) : pp. 10 à 23.
- Cho, S., Ketefian, S., Barkauskas, V. et Smith, D. (2003). The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality and medical costs. *Nursing Research*, 52(2) : pp. 71 à 79.
- Church, J. A., Baker, P., et Berry, D. M. (2008). Shared governance: A journey with continual mile markers. *Nursing Management*, 39(8) :pp. 35 à 40.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2002). *Normes professionnelles*. Toronto (Ont.) : Auteur. Tiré de : https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51006_profstds.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2013). *La relation thérapeutique*. Toronto (Ont.) : Auteur. Tiré de : <https://www.cno.org/fr/exercice-de-la-profession/normes-et-directives-professionnelles/>
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2014). *L'exercice de l'IA et de l'IAA : l'infirmière, le client et l'environnement*. Toronto (Ont.) : Auteur. Tiré de https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/51062_pracexpectations.pdf
- College of Registered Nurses of British Columbia. (2011). *Lexique*. Tiré de <https://www.crnbc.ca/Glossary/Pages/Default.aspx#P>

Connor, R. J. (1961). A work sampling study of variations in nursing workload. *Hospitals*, 35(9) : pp. 40 à 41

Cucolo, D. F., et Perroca, M. G. (2010). Restructuring the nursing staff and its influence on care hours. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2) : pp. 175 à 181.

D'Amour D., et Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Suppl. 1) : pp. 8 à 30.

Diagnosis-related group. (2012). *Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing*. Tiré de <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/diagnosis-related+group>

Drebit, S., Ngan, K., Hay, M. et Alamgir, H. (2010). Trends and costs of overtime among nurses in Canada. *Health Policy*, 96(1) : pp. 28 à 35.

Dugan, J., Lauer, E., Bouquot, Z., Dutro, B., Smith, M. et Widmeyer, G. (1996). Stressful nurses : The effect on patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(3) : pp. 46 à 58.

Dunleavy, J., Shamian, J. et Thomson, D. (2003). Workplace pressures : Handcuffed by cutbacks. *Canadian Nurse*, 99(3) : pp. 23 à 26.

Estabrooks, C., Midodzi, W., Cummings, G., Ricker, K. et Giovannetti, P. (2005). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*, 54(2) : pp. 74 à 84.

Field, M. et Lohr, K. N. (1990). *Guidelines for clinical practice : Directions for a new program*. Washington, DC : National Academy Press.

Fray, B. (2011). Evaluating shared governance : Measuring functionality of unit practice councils at the point of care. *Creative Nursing*, 17(2) : pp. 87 à 95.

Frith, K., Anderson, E. F., Fan, T., et Fong, E. (2012). Nurse staffing is an important strategy to prevent medication errors in community hospitals. *Nursing Economic\$, 30(5)*: p. 288 à 294.

Furukawa, M. F., Raghu, T. S., et Shao, B. B. M. (2011). Electronic medical records, nurse staffing, and nurse-sensitive patient outcomes : Evidence from the national database of nursing quality indicators. *Medical Care Research and Review*, 68(3) : pp. 311 à 331.

Gabbay, U., et Bukchin, M. (2009). Does daily nurse staffing match ward workload variability? Three hospitals' experiences. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 2009;22(6): pp. 625 à 641.

Glance, L. G., Dick, A. W., Osler, T. M., Mukamel, D. B., Li, Y. et Stone, P. W. (2012). The association between nurse staffing and hospital outcomes in injured patients. *BMC Health Services Research*, 12(1) : p. 247.

Grinspun, D. (2010). *The social construction of nursing caring*. (Thèse de doctorat). Université York, Toronto.

Group, G. (2010). Saskatchewan nurses want to limit overtime work. *Canadian Nurse*, 24(4) p.19.

Harless, D. W. et Mark, B. A. (2010). Nurse staffing and quality of care with direct measurement of inpatient staffing. *Medical Care*, 48(7): pp. 659 à 663.

Harris, A., et McGillis Hall, L. (2012). *Evidence to inform staff mix decision-making : A focused literature review*. Extrait du site Web de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/staff_mix_literature_review_f.pdf?la=fr

- Harrison, M. B., Graham, I. D., Fervers, B., et van den Hoek, J. (2013). Adapting knowledge to local context. Dans S. E. Straus, J. Tetroe, et I. D. Graham (édit.), *Knowledge translation in health care: Moving from evidence to practice* (2^e éd.) (pp. 110 à 120). Chichester, (Royaume-Uni) : John Wiley & Sons, Ltd.
- Hurst, K. et Smith, A. (2011). Temporary nursing staff—Cost and quality issues. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2) : pp. 287 à 296.
- Imlach Gunasekara, F., Butler, S., Cech, T., Curtis, E., Douglas, M., Emmerson, L. ... O'Donnell, K. (2011). How do intoxicated patients impact staff in the emergency department? An exploratory study. *New Zealand Medical Journal*, 124(1336): pp. 14 à 23.
- Jackson, D., Peters, K., Andrew, S., Edenborough, M., Halcomb, E., Luck, L., ... Wilkes, L. (2010). Understanding whistleblowing : Qualitative insights from nurse whistleblowers. *Journal of Advanced Nursing*, 150(8), PP. 2194 à 2201.
- Joanna Briggs Institute. (2006). *Final report. Comprehensive systematic review on the impact of workload and staffing to create a healthy work environment*. Prepared for The Self Australian Department of Human Services, The Registered Nurses' Association of Ontario, Canada and Health Canada, Office of Nursing Policy. Adelaide, Australia : Auteur.
- Kalisch, B. J., Landstrom, G. L., et Hinshaw, A. S. (2009). Missed nursing care : A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7) : pp. 1509 à 1517.
- Kane, R. L., Shamliyan, T., Mueller, C., Duval, S., et Wilt, T. (2007). Nursing staffing and quality of patient care. *Evidence Report/Technology Assessment No. 151* (Préparé par le Minnesota Evidence based Practice Center dans le cadre du contrat n° 290-02-0009) Publication de l'AHRQ n° 07-E005. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality
- Kovner, C. et Gergen, P. (1998). Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(4) : p. 315 à 321.
- Kramer, M. et Schmalenberg, C. (2003). Securing "good" nurse/physician relationships. *Nursing Management*, 34(7) : pp. 34 à 38.
- Kutney-Lee, A., McHugh, M. D., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Flynn, L., Felber Neff, D., et Aiken, L. (2009). Nursing : A key to patient satisfaction. *Health Affairs*, 28(4), w669–w667.
- Laschinger, H. K. S., Almost, J., et Tuer-Hodes, D. (2003) Workplace empowerment and magnet hospital characteristics. *Journal of Nursing Administration*, 33(7–8) : pp. 410 à 422.
- Lavin, M., Harper, E., et Barr, N. (2015). Health information technology, patient safety, and professional nursing care documentation in acute care settings. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 20(2) : p. 6.
- Length of stay. (2012) *Segen's Medical Dictionary*. Tiré de http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/length_de_séjour
- Liu, L. F., Lee, S., Chia, P. F., Chi, S. C., et Yin, Y. C. (2012). Exploring the association between nurse workload and nurse-sensitive patient safety outcome indicators. *Journal of Nursing Research*, 20(4) : pp. 300 à 309.
- Lowe, G. (2004). *Thriving on healthy : Reaping the benefits in our workplaces*. Keynote presentation at the Registered Nurses' Association of Ontario 4th Annual International Conference, Healthy Workplaces in Action : Thriving in Challenge. 17 novembre 2004, Markham, ON.
- Lundstrom, T., Pugliese, G., Bartley, J., Cos, J. et Guither, C. (2002). Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *American Journal of Infection Control*, 30(2) : pp. 93 à 106.

Luo, H., Lin, M., et Castle, N. G. (2013). The correlates of nursing staff turnover in home and hospice agencies : 2007 National Home and Hospice Care Survey. *Research on Aging, 35*(4) : pp. 375 à 392.

MacPhee, M. (2014). *Valoriser la sécurité des patients : Structure responsable de la main-d'œuvre*. Ottawa (Ontario) : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

Marck, P., Allen, D., et Phillipchuk, D. (2001). La sécurité des patients est une préoccupation urgente pour les IA : Examen des consultations pratiques de l'AARN, du 12 janvier au 7 septembre 2001. Partie 1 : soutenir des environnements de pratique sûrs et de bons soins infirmiers. *Alberta RN, 57*(7): pp. 4 à 6.

Mensik, J. (2014). What every nurse should know about staffing. *American Nurse Today, 9*(2). Tiré de <https://www.americannursetoday.com/what-every-nurse-should-know-about-staffing/>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G. et The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *British Medical Journal, 339*, b2535. doi:10.1136/bmj.b2535

Nakamura, E., Tanabe, N., Sekii, A., Honda, A., Hoshino, E., Seki, N., ... Suzuki, H. (2010). Staff nurses' intention to remain employed in small- and medium-sized hospitals, with a focus on their working conditions. *The Tohoku Journal of Experimental Medicine, 220*(3) : pp. 191 à 198.

Needleman, J. et Buerhaus, P. L. (2003). Nurse staffing and patient safety : Current knowledge and implications for action. *International Journal for Quality in Health Care, 15*(4) : pp. 275 à 277.

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): pp.1715 à 1722.

Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R., et Harris, M. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine, 364*(11) :pp. 1037 à 1045.

North, N., Leung, W., Ashton, T., Rasmussen, E., Hughes, F. et Finlayson, M. (2013). Nurse turnover in New Zealand : Costs and relationships with staffing practises and patient outcomes. *Journal of Nursing Management, 21*(3) : pp. 419 à 428.

Nursing intensity. (2005). Dans *Miller-Keane Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing, and Allied Health* (7^e éd.). Philadelphie, Pensylvanie : Elsevier.

O'Brien-Pallas, L., Meyer, R. M., Hayes, L. J., et Wang, S. (2011). The patient care delivery model : An open system framework—Conceptualisation, literature review and analytical strategy. *Journal of Clinical Nursing, 20*(11-12) : pp. 1640 à 1650.

O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L., Pink, G., Kerr, M., Wang, S. ... Meyer, R. (2004). *Evidence-based standards for measuring nurse staffing and performance*. Tiré de [http://fhs.mcmaster.ca/nru/documents/ VTI_CNF/Evidence Based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance.pdf](http://fhs.mcmaster.ca/nru/documents/VTI_CNF/Evidence%20Based%20Standards%20for%20Measuring%20Nurse%20Staffing%20and%20Performance.pdf)

Pati, D. (2011). A framework for evaluating evidence in evidence-based design. *Health Environments Research & Design Journal, 4*(3) : pp. 50 à 71.

Patient care delivery systems model. (2013). Dans *Mosby's dictionary of medicine, nursing, & health professions* (9^e éd.). St. Louis, MO : Mosby/Elsevier.

Patient day. (2009). Dans *Mosby's Medical Dictionary* (9th ed.). St. Louis, MO : Mosby/Elsevier.

Patrician, P. A., Loan, L., McCarthy, M., Fridman, M., Donaldson, N., Bingham, M. et Brosch, L. R. (2011). The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. *Journal of Nursing Administration, 41*(2) : p. 64 à 70.

- Pearson, A., Laschinger, H., Porritt, K., Jordan, Z., Tucker, D., et Long, L. (2004). Comprehensive systematic review of evidence on developing and sustaining nursing leadership that fosters a healthy work environment in health care. *Health Care Manager*, 2(7) : pp. 145 à 208.
- Person, S., Allison, J., Kiefe, C., Weaver, M., Williams, O., Centor, R. et Weissman, N. (2004). Nurse staffing and mortality for Medicare patients with acute myocardial infarction. *Medical Care*, 42(1) : pp. 4 à 12.
- Protocall Group. (2016). *Staffing industry glossary of terms*. Tiré de <http://protocallgroup.com/wp-content/uploads/2013/04/Staffing-Industry-Glossary-of-Terms.pdf>
- Rantz M. J., Hicks, L., Petroski, G. F., Madsen, R. W., Alexander, G., Galambos, C., ... Greenwald, L. (2010). Cost, staffing and quality impact of bedside electronic medical record (EMR) in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 11(7) : pp. 485 à 493.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2000). *Ensuring the care will be there : A report on recruitment and retention in Ontario*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2006). *Établissement de la relation thérapeutique*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2007). *Développement et maintien de pratiques efficaces en matière de dotation et de charge de travail*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2010). *Énoncé de position : Renforcer les soins axés sur le client dans les hôpitaux*. Tiré de <http://RNAO.ca/policy/position-statements/strengthening-client-centered-care-hospitals>
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2011). *La prévention et l'atténuation de la fatigue des infirmières dans les milieux de soins de santé* : Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2012). *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2^e édition). Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013 a). *Développement et maintien des soins de santé interprofessionnels : Optimisation des résultats pour le patient, l'organisme et le système*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2013b). *Développement et maintien du leadership infirmier : lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2^e éd.). Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). *Soins axés sur les besoins de la personne et de la famille*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2016). *Pratique en collaboration au sein des équipes de soins infirmiers*. Toronto (Ont.) : Auteur.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2016). *Mind the safety gap in health system transformation : Reclaiming the role of the RN*. Tiré de http://RNAO.ca/sites/rnao-ca/files/HR_REPORT_May11.pdf
- Rudd, A. G., Jenkinson, D., Grant, R. L., et Hoffman, A. (2009). Staffing levels and patient dependence in English stroke units. *Clinical Medicine*, 9(2) : pp. 110 à 115.
- Sasichay-Akkadechanunt, T., Scalzi, C. et Jawad, A. (2003). The relationship between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 23(9) : p. 478 à 85.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2015). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*. Ressource consultée sur la page Web <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/index.html>

Sellgren, S. F., Kajermo, K. N., Ekvall, G., et Tomson, G. (2009). Nursing staff turnover at a Swedish university hospital : An exploratory study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(22) : pp. 3181 à 3189.

Shin, J. H., et Bae, S. H. (2012). Nurse staffing, quality of care, and quality of life in US nursing homes, 1996–2011 : Revues d'intégration. *Journal of Gerontological Nursing*, 38(12) : pp. 46 à 53.

Shindul-Rothschild, J., Berry, D., et Long-Middleton, E. (1996). Where have all the nurses gone ? Final results of our patient care survey. *American Journal of Nursing*, 96(11), 25–39.

Sieg, D. (2015). 7 habits of highly resilient nurses. *Reflections on Nursing Leadership*. Tiré de http://www.reflectionsonnursingleadership.org/Pages/Vol41_1_Sieg_7_Habits.aspx

Sovie, M. et Jawad, A. (2001). Hospital restructuring and its impact on outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31(12) : pp. 588 à 600.

Staggs, V. S., & Dunton, N. (2014). Associations between rates of unassisted inpatient falls and levels of registered and non-registered nurse staffing. *International Journal for Quality in Health Care*, 26 (1) : pp. 87 à 92.

Statistique Canada. (2016). *Jours perdus par travailleur par motif, par province (maladie ou invalidité)*. Tiré de https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410019001&request_locale=fr

Straus, S., Tetroe, J., Graham, I. D., Zwarenstein, M., et Bhattacharyya, O. (2009). Monitoring and evaluating knowledge. Dans : S. Straus, J. Tetroe et I. D. Graham (éd.) *Knowledge translation in health care* (p. 151–159). Oxford, Royaume-Uni: Wiley-Blackwell.

Stokowski, L. (2014). Nurse turnover : The Revolving Door in Nursing. *Medscape*. Tiré de <http://www.medscape.com/viewarticle/836577>

Taylor, K. (2016). Using shared governance to empower nurses. *Nursing Times*, 112(1-2) : pp. 20 à 23.

The Cochrane Collaboration. (2005). *Glossary of terms in The Cochrane Collaboration* (version 4.2.5). Ressource consultée sur la page Web <http://community.cochrane.org/sites/default/files/uploads/glossary.pdf>

The Cochrane Collaboration. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions*. Version 5.1.0. Tiré de <http://handbook.cochrane.org/>

Tierney, S. J., Seymour-Route, P., et Crawford, S. (2013). Weighted staffing plans for better prediction of staffing needs. *The Journal of Nursing Administration*, 43(9) : pp. 461 à 467.

Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4) : pp. 71 à 88.

Trinkoff, A. M., Johantgen, M., Storr, C. L., Gurses, A. P., Liang, Y., et Han, K. (2011). Nurses' work schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nursing Research*, 60(1), 1–8.

Tubbs-Cooley, H. L., Cimiotti, J. P., Silber, J. H., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2013). An observational study of nurse staffing ratios and hospital readmission among children admitted for common conditions. *BMJ Quality and Safety*, 22(9) : pp. 735 à 742.

- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P., et Finn, J. (2012). The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5) 540-8.
- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P., et Finn, J. (2012). Impact of skill mix variations on patient outcomes following implementation of nursing hours per patient day staffing : A retrospective study. *Journal of Advanced Nursing*, 68(12) : pp. 2710 à 2718.
- Weiss, M. E., Yakusheva, O. et Bobay, K. L. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and post discharge utilization. *Health Services Research*, 46(5) : , pp. 1473 à 1494
- West, G., Patrician, P. A., et Loan, L. (2012). Staffing Matters—Every Shift. *AJN, American Journal of Nursing*, 112(12) : pp. 22 à 27.
- Wilson, D. S., Talsma, A. et Martyn, K. (2011). Mindful staffing : A qualitative description of charge nurses' decision making behaviors. *Western Journal of Nursing Research*, 33(6) : pp. 805 à 824.
- Wolf, H., et Young, J. P. (1965a). Staffing the nursing unit. Part 1, controlled variable staffing. *Nursing Research*, 14(3) : pp. 236 à 243.
- Wolf, H., et Young, J. P. (1965b). Staffing the nursing unit. Part 2, the multiple assignment technique. *Nursing Research*, 14(4) : pp. 299 à 303.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). *Cadre conceptuel pour la classification internationale de la sécurité des patients*. Ressource consultée sur la page Web http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
- Yang, K. (2003). Relationships between nurse staffing and patient outcomes. *Journal of Nursing Research*, 11(3) : pp. 149 à 158.
- Zhu, X. W., You, L. M., Zheng, J., Liu, K., Fang, J. B., Hou, S. X., ... Zhang, L. F. (2012). Nurse staffing levels make a difference on patient outcomes : A multisite study in Chinese hospitals. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(3) : pp. 266 à 273.

Annexe A : Glossaire

Carte de pointage : une carte de pointage se concentre sur le point de vue du patient sur l'hôpital – en d'autres termes, sur ce que les patients veulent et sur la manière dont l'hôpital les sert. La carte de pointage permet de définir ce que l'hôpital doit faire pour satisfaire ses patients afin d'atteindre ses objectifs financiers. Pour répondre à cette question, les responsables doivent d'abord identifier le marché cible de l'entreprise et clarifier ses objectifs en matière de soins aux patients à l'aide de leurs facteurs critiques de réussite.

Charge de travail des infirmières et des infirmiers : la quantité et le type de ressources infirmières requises par une infirmière ou un infirmier pour s'occuper d'un patient individuel sur une base quotidienne.

Collaboration : un ou plusieurs membres de l'équipe de soins de santé travaillant ensemble, chacun apportant une contribution unique en vue d'atteindre un objectif commun; un processus continu qui nécessite une communication efficace entre les membres de l'équipe de soins de santé et une compréhension claire des rôles des personnes impliquées dans le processus de collaboration (OIIO, 2014).

Complexité : la complexité concerne la quantité et la diversité des facteurs qui affectent l'état du patient. La complexité des soins augmente lorsque les besoins en soins des patients sont fluctuants ou ne sont pas bien établis, lorsque de multiples problèmes de santé sont présents ou lorsque les interventions peuvent toucher plusieurs systèmes ou conditions (OIIO, 2014).

Composition du personnel/compétences : la combinaison de différentes catégories de personnel de santé employées pour la fourniture de soins directs dans le cadre d'un modèle de prestation de soins infirmiers (Harris et McGillis Hall, 2012).

Consensus : le processus visant à prendre des décisions en matière de politique; ce n'est pas une méthode scientifique visant à créer de nouvelles connaissances. L'établissement d'un consensus implique l'utilisation optimale des renseignements disponibles, que ce soit des données scientifiques ou les connaissances collectives des participants (Black et coll., 1999).

Continuité des soins : une mise en œuvre continue et sans faille d'un plan de soins qui est examiné et révisé pour répondre à l'évolution des besoins du patient. Les soins peuvent être dispensés par différents prestataires de soins, à différents moments et dans différents contextes.

Culture : la culture désigne les valeurs, les croyances, les normes et les modes de vie communs et acquis d'une personne ou d'un groupe. Elle influence la pensée, les décisions et les actions (OIIO, 2013).

Données probantes : les informations qui se rapprochent au plus près d'un fait réel. La forme qu'elle peut prendre dépend du contexte. Les résultats découlant d'une recherche de haute qualité effectuée conformément à une méthodologie appropriée constituent les données probantes les plus exactes. La recherche étant souvent incomplète et parfois contradictoire ou non disponible, d'autres types de renseignements constituent des compléments nécessaires à la recherche ou en tiennent lieu. La base probante d'une décision se retrouve dans les nombreuses formes de données probantes combinées pour équilibrer la rigueur et l'opportunité tout en privilégiant la première par rapport à la deuxième (Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2005).

Dotation en personnel : une adéquation entre l'expertise de l'infirmière ou de l'infirmier autorisé et les besoins du bénéficiaire des services de soins infirmiers dans le contexte du milieu de pratique et de la situation d'un quart de travail à l'autre (Mensik, 2014).

Durée des séjours des patients : la durée de l'épisode de soins d'un patient hospitalisé, calculée du jour de l'admission au jour de la sortie, et basée sur le nombre de nuits passées à l'hôpital. Les patients admis et sortis le même jour ont une durée de séjour inférieure à un jour. (« Durée de séjour », 2012.)

Échec du sauvetage : l'incapacité des prestataires de soins de santé à sauver la vie d'un patient hospitalisé lorsqu'il est victime d'une complication.

Effort infirmier : l'effort cognitif, émotionnel, physique et social qu'implique le fait de s'occuper d'autrui, de répondre à ses besoins et de le soutenir de manière à réduire sa vulnérabilité, à protéger sa dignité et à promouvoir son bien-être.

Essai clinique randomisé : une expérience au cours de laquelle le chercheur attribue une intervention, une exposition ou un traitement à des participants qui sont assignés de façon aléatoire au groupe expérimental (recevant l'intervention) et au groupe de référence (traitement traditionnel) ou au groupe témoin (aucune intervention ou administration d'un placebo) (The Cochrane Collaboration, 2005). Les participants font l'objet d'un suivi et d'une évaluation sur l'efficacité de l'intervention. Ce type d'expérience comprend des essais à double insu, à simple insu et non à l'insu.

Examen systématique : une revue de la documentation qui vise à recueillir toutes les données probantes empiriques qui répondent à des critères d'admissibilité préétablis afin de répondre à une question de recherche précise (The Cochrane Collaboration, 2011). Un examen systématique de la littérature utilise des méthodes systématiques, explicites et reproductibles pour repérer, sélectionner et évaluer de façon critique un certain nombre d'études et pour recueillir et analyser des données provenant de ces études (The Cochrane Collaboration, 2005, 2011).

Gouvernance partagée : un modèle par lequel les infirmières et les infirmiers peuvent travailler ensemble et s'autogérer en utilisant un système de règles et de politiques qui incitent les individus et les groupes à participer à la prise de décision; les membres du groupe partagent la responsabilité et la responsabilisation des décisions (Church, Baker, et Berry, 2008).

Groupe de cas mixtes : un système de classification des patients basé sur le diagnostic le plus responsable pour regrouper les patients hospitalisés ayant des caractéristiques similaires et sortant d'un établissement de soins aigus.

Groupe lié au diagnostic : une classification des patients par diagnostic ou procédure chirurgicale (incluant parfois l'âge) en grandes catégories de diagnostic (chacune contenant des maladies, troubles ou procédures spécifiques) dans le but de déterminer le paiement des frais d'hospitalisation, en partant du principe que le traitement de diagnostics médicaux similaires génère des coûts similaires (« Diagnosis-related group », 2012).

Heures de soins infirmiers : le nombre total d'heures travaillées par toutes les infirmières et tous les infirmiers d'une unité sur une période donnée (Mensik, 2014).

Intensité des soins infirmiers : un terme de l'ensemble de données minimales sur les soins infirmiers, défini comme le temps total et la composition du personnel infirmier consommé par un patient individuel ou pendant l'épisode de soins examiné (« Nursing intensity », 2005).

Intervenant : une personne, un groupe ou un organisme qui porte un intérêt particulier aux décisions et aux activités des organismes et qui pourrait tenter de les influencer (Baker et coll., 1999). Les intervenants incluent des personnes ou des groupes qui seront touchés, directement ou indirectement, par un changement ou la solution apportée à un problème.

Jour-patient : « une unité dans un système de comptabilité utilisé par les établissements de soins de santé et les planificateurs de soins de santé. Chaque jour représente une unité de temps pendant laquelle les services de l'institution ou de l'établissement sont utilisés par un patient; ainsi, 50 patients dans un hôpital pendant 1 jour représenteraient 50 jours-patients. » (« Patient day », 2009.)

Leadership : le processus relationnel par lequel une personne cherche à influencer d'autres personnes afin d'atteindre ensemble un objectif commun souhaitable.

Lignes directrices sur les pratiques exemplaires : les énoncés élaborés méthodiquement pour faciliter les décisions du praticien et du client au sujet des soins de santé appropriés dans des circonstances cliniques (pratique) précises (Field et Lohr, 1990).

Mesures des résultats chez les patients : le point de vue patient et les résultats déclarés qui permettent de savoir si les services et procédures de soins de santé ont fait une différence dans l'état de santé et la qualité de vie du patient (Institut canadien d'information sur la santé, 2016).

Milieu de travail sain : un milieu de travail sain pour les infirmières et les infirmiers est un cadre de pratique qui optimise la santé et le bien-être des infirmières et des infirmiers, la qualité des résultats pour les patients et le rendement organisationnel.

Modèle de systèmes de prestation de soins aux patients (PCDSM) : les modèles par lesquels les services de soins de santé sont mis à la disposition des personnes dans différents contextes (« Patient care delivery systems model », 2013).

Modèle d'ordonnance en soins infirmiers : un groupe d'interventions fondées sur des données probantes propres au domaine des soins infirmiers. Les modèles d'ordonnance en soins infirmiers font l'objet d'une ordonnance indépendante par les infirmières et les infirmiers (c.-à-d., sans la signature d'un médecin) dans le but de normaliser les soins offerts pour une situation ou un problème clinique précis.

Patient : dans les présentes lignes directrices, le terme « patient » est utilisé pour englober toute personne qui reçoit des services de santé dans le cadre du continuum de soins. Il est utilisé à la place d'autres termes tels que « personne », « individu », « utilisateur », « bénéficiaire », « client » et « résident ».

Personnel d'appoint : le terme utilisé pour décrire les modalités de travail qui diffèrent de l'emploi régulier/permanent, du salaire direct et du salaire. Les travailleurs occasionnels comprennent le plus souvent des employés temporaires fournis par une agence de recrutement externe et des entrepreneurs/consultants indépendants. Les travailleurs occasionnels peuvent également inclure des travailleurs temporaires provenant d'une équipe interne, et d'autres (tels que les stagiaires d'été) employés directement par une organisation pour une période intentionnellement limitée. Ils ne comprennent pas le travail effectué par des sociétés de conseil ou par des employés réguliers à temps partiel, et se distinguent principalement par une durée d'occupation explicitement définie (Protocall Group, 2016).

Point de service : le lieu et le moment où les prestataires de soins de santé fournissent des produits et des services de soins de santé aux patients.

Prise de décision concernant la dotation en personnel infirmier au point de service : les décisions et les jugements pris quotidiennement et/ou d'une équipe à l'autre qui entraînent les ajustements nécessaires du personnel pour répondre aux besoins des patients en toute sécurité et de façon constante, à la lumière des changements de la disponibilité du personnel et/ou des besoins des patients.

Prise de décision concernant le flux de patients au point de service : les décisions et les jugements pris quotidiennement et/ou d'une équipe à l'autre qui entraînent des changements dans les besoins en soins infirmiers en raison de la reprogrammation des admissions, des programmes ou des visites, et/ou du transfert des patients.

Prise de décision concernant le flux logistique des patients : les décisions et les jugements qui se traduisent par des approches globales de l'accueil ou de l'admission des patients afin d'atteindre les objectifs de soins et de gestion des patients.

Prise de décision stratégique concernant la dotation en personnel infirmier : les décisions et les jugements qui se traduisent par des approches globales de la prestation des soins infirmiers, comme la combinaison de compétences du personnel (IA, IPA), la combinaison de statuts du personnel, les niveaux de dotation en personnel (temps plein, temps partiel) et le modèle de prestation des soins.

Prise de décision stratégique concernant le flux de patients : les décisions et les jugements pris pour le placement des patients qui sont basés sur le type de patient, l'acuité, le nombre et les infirmières et les infirmiers disponibles pour fournir des soins dans une unité d'hospitalisation.

Prise de décisions logistiques concernant le personnel infirmier : les décisions et les jugements qui se traduisent par des orientations générales en matière de dotation au niveau de l'unité en ce qui concerne les niveaux de dotation de base, les méthodes de dotation de remplacement (p. ex. les équipes flottantes) et les approches et méthodes d'établissement des horaires (p. ex. l'établissement des horaires par les infirmiers(ières), la rotation principale, les quarts de travail de 12 heures, les quarts de travail de 8 heures) afin de répondre aux objectifs de soins infirmiers et de gestion.

Professionnel : dans le domaine des soins de santé, il s'agit des personnes qui fournissent au patient des soins préventifs, curatifs et de réadaptation, qui ont suivi un programme d'études agréé par un organisme de réglementation et qui sont tenues de maintenir leurs compétences par l'intermédiaire de leur organisme de réglementation (D'Amour & Oandasan, 2005).

Programmation : détermine un nombre et un type de personnel fixe pour une période future en fonction de facteurs tels que les chiffres historiques du recensement et les volumes chirurgicaux prévus. Les horaires peuvent aller d'un mois à trois mois, et comprennent les horaires de vacances et les congés (Mensik, 2014).

Qualité : la mesure dans laquelle les services de soins de santé pour les personnes individuelles et les populations augmentent la probabilité de résultats souhaités et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles (OMS, 2009).

Relation thérapeutique : la relation thérapeutique est fondée sur un processus interpersonnel qui a lieu entre le patient et l'infirmière ou l'infirmier. Il s'agit d'une relation délibérée, orientée vers un but et qui vise à favoriser l'intérêt fondamental et les résultats du patient (OIIO, 2013; AIIAO, 2006).

Roulement du personnel : le taux auquel les employés quittent un lieu de travail et sont remplacés par d'autres employés. Le roulement du personnel infirmier peut être volontaire (p. ex., la retraite) ou involontaire (p. ex., à la suite de problèmes de santé), selon que l'infirmière ou l'infirmier choisit ou est forcé de partir (Stokowski, 2014).

Soins infirmiers non dispensés : désigne tout aspect des soins requis pour le patient qui est omis (en partie ou en totalité) ou retardé; une erreur d'omission (Kalisch, Landstrom, et Hinshaw, 2009).

Soins infirmiers primaires : un système dans lequel une seule infirmière ou un seul infirmier s'occupe de tous les besoins d'un patient dans une période de 24 heures, de l'admission à la sortie. L'infirmière ou l'infirmier est responsable de la coordination et de la mise en œuvre de tous les soins infirmiers nécessaires qui doivent être prodigués au patient pendant son quart de travail (AIIAO, 2010).

Sondage sur la satisfaction des patients : les sondages sur la satisfaction des patients en matière de soins évaluent le degré de prise en charge centrée sur le patient et visent à stimuler, orienter et surveiller les efforts d'amélioration de la qualité ciblant la satisfaction des patients en matière de soins (Anhang Price et coll., 2014).

Utilisation : reflète le nombre réel d'heures de soins infirmiers ajusté pour refléter la complexité des patients d'une unité.

Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) s'est engagée à veiller à ce que chaque LDPE soit établie sur la base des données les plus probantes dont elle dispose. Afin de respecter son engagement, un processus de suivi et de révision de chaque ligne directrice a été mis sur pied. Ce processus sera répété tous les cinq ans.

Pour cette Ligne directrice, l'AIIAO a réuni un comité d'experts composé de professionnels de la santé ayant une expertise particulière dans ce domaine de pratique. Un examen systématique des données probantes a été effectué en fonction de l'objet et du champ d'application de la ligne directrice et des quatre questions de recherche ci-dessous. L'examen systématique a permis de recueillir des ouvrages et des lignes directrices pertinents publiés entre janvier 2006 et octobre 2016. Les questions de recherche suivantes ont été établies pour guider l'examen systématique de la littérature :

1. Quels sont les facteurs individuels qui influent sur l'élaboration et la durabilité de pratiques efficaces et sûres en matière de dotation en personnel et de charge de travail?
2. Quels sont les facteurs organisationnels qui influent sur l'élaboration et la durabilité de pratiques efficaces et sûres en matière de dotation en personnel et de charge de travail?
3. Quels sont les facteurs au niveau du système qui affectent l'élaboration et la durabilité de pratiques efficaces et sûres en matière de dotation en personnel et de charge de travail?
4. Quels sont les résultats pour le client, le personnel et l'organisation des pratiques efficaces et sûres en matière de dotation en personnel et de charge de travail?

Cette ligne directrice est le résultat du travail du comité d'experts et de l'équipe d'élaboration de lignes directrices de l'AIIAO pour intégrer les preuves les plus récentes et les plus probantes, et assurer la validité, la pertinence et la sécurité des recommandations de cette ligne directrice avec les preuves à l'appui ou le consensus du comité d'experts.



Annexe C : Processus d'examen systématique de la littérature et stratégie de recherche

Examen des lignes directrices

La coordonnatrice de projet de l'équipe d'élaboration des lignes directrices de l'AIIAO a effectué une recherche parmi une liste établie de sites Web afin de trouver les lignes directrices et les autres formes de contenu pertinentes publiées entre janvier 2006 et janvier 2016. Une recherche exhaustive des lignes directrices a été menée et n'a pas identifié de lignes directrices pertinentes pour le champ d'application de cette LDPE.

Examen systématique de la littérature

Une stratégie de recherche complète, fondée sur des critères d'inclusion et d'exclusion créés par le comité d'experts de l'AIIAO, a été élaborée par l'équipe de recherche de l'AIIAO et un(e) bibliothécaire en sciences de la santé. Une recherche d'articles pertinents en anglais publiés entre janvier 2006 et juin 2016 a été effectuée dans les bases de données suivantes : Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL), MEDLINE, MEDLINE In Process, Cochrane Library (Cochrane Database of Systematic Reviews et Cochrane Central Register of Controlled Trials), EMBASE et PsychINFO. En plus de cette recherche méthodique, il a été demandé aux membres du comité d'experts d'examiner des bibliothèques personnelles à la recherche d'articles clés qui n'ont pu être trouvés à l'aide des stratégies précitées. Les résultats ont été exportés dans le logiciel Reference Manager et fusionnés; les citations en double ont été supprimées.

Des informations détaillées sur la stratégie de recherche pour les examens systématiques sont disponibles en ligne à l'adresse suivante www.RNAO.ca/hwe/staffing-workload.

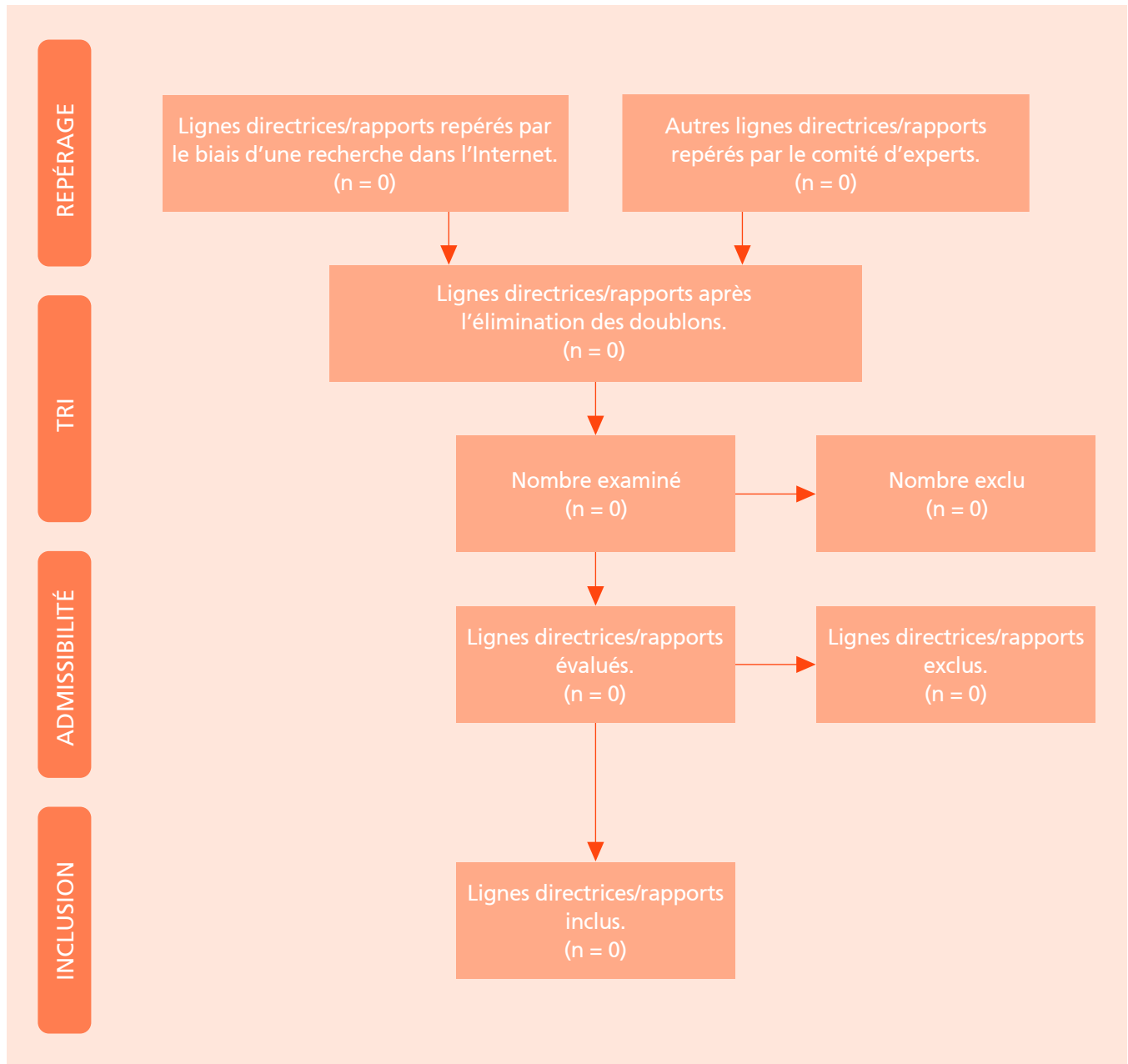
Les critères généraux d'inclusion: a) portaient principalement sur les pratiques en matière de dotation en personnel infirmier et de charge de travail; b) étaient publiés en anglais; c) étaient publiés dans une revue évaluée par des pairs; d) provenaient de tous types d'étude; et e) étaient publiés entre 2007 et 2014. Les dossiers ont été exclus s'ils étaient : a) des commentaires, des thèses, des lettres à l'éditeur et des éditoriaux; b) ≤ 1 page; et c) des protocoles sur les plans d'étude.

Lorsque les articles ont été récupérés, deux associées de recherche en sciences infirmières (les infirmières et les infirmiers titulaires d'une maîtrise) de l'AIIAO ont évalué de manière indépendante l'admissibilité des études selon les critères d'inclusion et d'exclusion établis. Tout désaccord à cette étape a été résolu par la voix prépondérante de la personne gestionnaire du projet.

Les deux associées de recherche ont évalué indépendamment 18 % des articles et ont obtenu un score de fiabilité interévaluateurs de 75 % (kappa pondéré de 0,75). Les études individuelles ont été associées à l'outil d'évaluation de la qualité le plus approprié (p. ex., AMSTAR, CASP, Cochrane Public Health, etc.) et ont reçu un score brut. Le score brut a été converti en un score de qualité globale basé sur le pourcentage : fort ($> 82,5$ %), modéré (62,5-82,4 %), ou faible ($< 62,4$ %). Une note de qualité a été attribuée à chaque étude et les données pertinentes (p. ex., l'objet, les méthodes, les résultats, les conclusions, etc.) ont été extraites dans des tableaux.

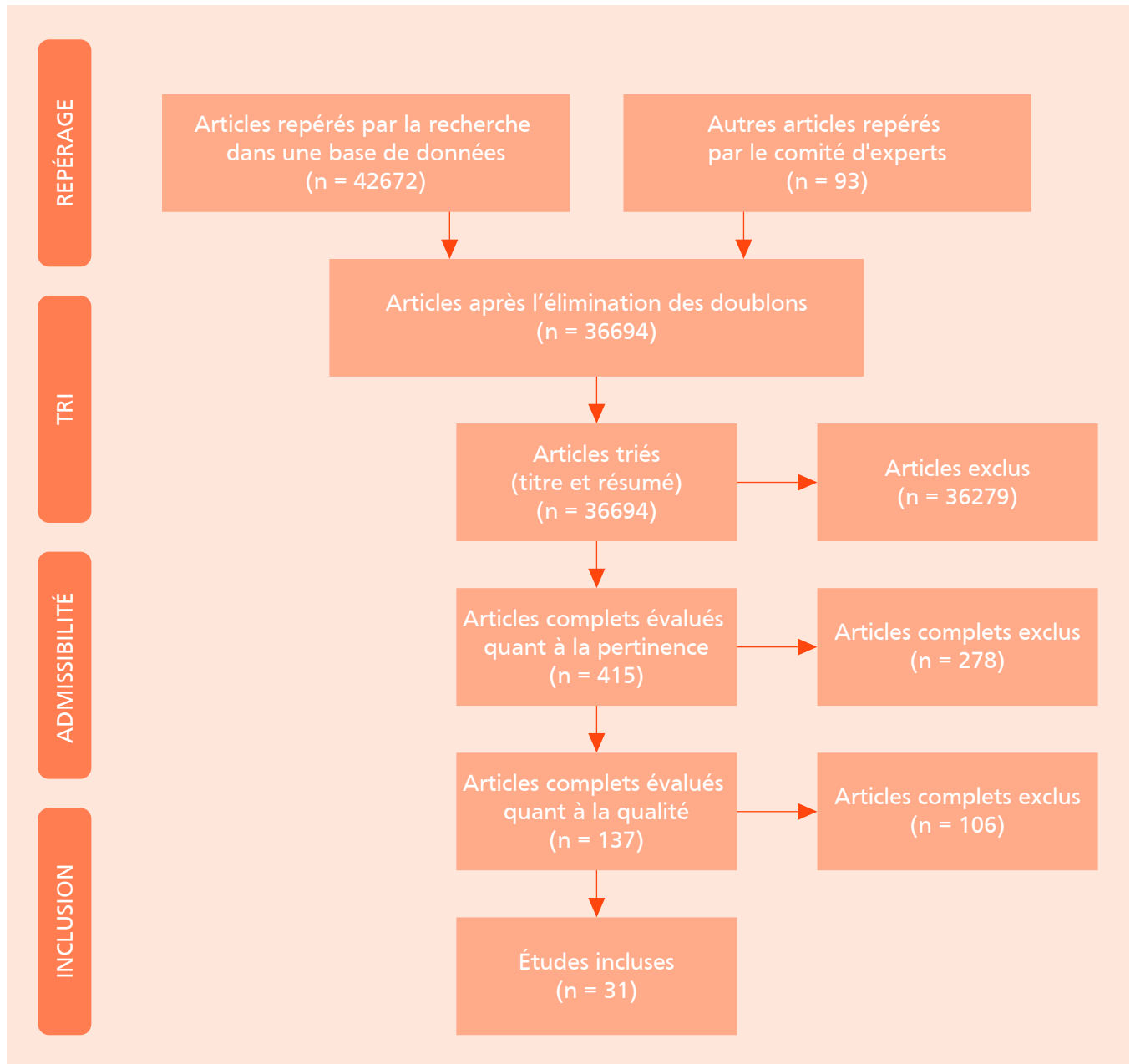
Avant la publication, l'examen systématique a été mis à jour et une recherche d'articles pertinents publiés en anglais entre mai 2014 et juin 2016 a été effectuée dans les bases de données MEDLINE. Le but de cette mise à jour de l'examen systématique consistait à identifier toute recherche pertinente susceptible d'entraîner une mise à jour des recommandations actuelles. Un total de 2 462 dossiers ont été extraits, et une associée de recherche du programme de LDPE de l'AIIAO a évalué l'admissibilité des études conformément à des critères établis d'inclusion et d'exclusion. La directrice du programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'AIIAO a résolu les désaccords. Au total, 43 articles de recherche ont été inclus dans la mise à jour et continuent de soutenir les recommandations actuelles de cette ligne directrice.

Diagramme du processus d'examen des lignes directrices



Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535

Organigramme du processus d'examen des articles



Organigramme adapté de D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff, D.G. Altman et The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *BMJ* 339, b2535, DOI : 10.1136/bmj.b2535.

Annexe D : Aperçu du modèle de systèmes de prestation de soins aux patients lié à la promotion de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail

Le modèle de systèmes de prestation de soins aux patients lié à la promotion de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail (présenté à la page 71) est un modèle de système ouvert basé sur plus de 15 ans de recherche. Il a été développé pour soutenir une prise de décision sûre et efficace en matière de dotation en personnel, et a été testé en milieu hospitalier en 2003. Conformément à la théorie des systèmes, il reflète une interaction dynamique avec le milieu de travail en constante évolution de la pratique.

Les systèmes de prestation de soins aux patients sont très complexes. Ils comprennent une variété d'**entrées** incorporant les caractéristiques du patient, du prestataire (infirmier ou infirmière) et du système, ainsi que les multiples interactions entre ces éléments. Ces entrées, associées à des **intrants** tels que les modèles de soins, le leadership infirmier^G, les infrastructures infirmières et les facteurs de complexité environnementale, donnent lieu à une série de **résultats** pour les patients, les prestataires et les systèmes, comme le montre le diagramme de la page 71.

Dans les systèmes ouverts, les entrées théoriques interagissent les unes avec les autres puis se déplacent vers les sorties. L'interaction des entrées et des sorties transforme le système et conduit à des résultats pour le patient, le fournisseur et le système. Ces sorties servent ensuite d'entrées au système, et un processus itératif commence; à chaque itération, le système interagit avec l'environnement. Les décisions de dotation en personnel sont prises lorsque les résultats sont les meilleurs et que le prix est raisonnable.

Facteurs

Le processus de prise de décision en matière de dotation en personnel basé sur ce modèle intègre les facteurs suivants :

- Les compétences individuelles des infirmières et des infirmiers en matière de planification et de gestion de la charge de travail varient d'une infirmière ou d'un infirmier à l'autre et d'une catégorie de professionnels infirmiers^G à l'autre (p. ex., les IA et les IPA ou les IAA), ainsi que d'une fonction de direction infirmière à l'autre (p. ex., les infirmières et les infirmiers ressources, les infirmières et les infirmiers gestionnaires et les cadres infirmiers).
- Les compétences individuelles se fondent sur les connaissances, les aptitudes, les attitudes, l'analyse critique et la prise de décision, qui se perfectionnent au fil du temps grâce à l'expérience et à la formation.
- L'équilibre de la charge de travail dépend d'un système approprié de prestation de soins aux patients. Un tel système reflète une approche interdisciplinaire coordonnée intégrant une communication permanente entre les professionnels de la santé et les patients, en tenant compte des préférences personnelles et des besoins uniques de chaque patient, ainsi que de la capacité individuelle et collective du personnel infirmier.

Principes de dotation en personnel et de prise de décision

Le modèle repose sur les principes suivants :

- Chaque infirmière ou infirmier travaillera dans le cadre de ses compétences.
- Toutes les infirmières et tous les infirmiers chercheront à consulter de manière appropriée la direction générale dans les cas où la dotation en personnel et les rendements des infirmières et des infirmiers ne correspondent pas aux besoins des patients et aux résultats souhaités pour les patients, les infirmières et les infirmiers, et l'organisation.

Principes de planification du budget et des effectifs

Le processus décisionnel en matière de dotation fondé sur ce modèle intègre les principes suivants en ce qui concerne le budget et les effectifs :

- Soutien budgétaire pour un complément de personnel fondé sur des données probantes afin de répondre aux besoins de la population de patients qui sont alignés sur les besoins de l'organisation.
- Fournir un soutien pour le remplacement, l'orientation et le développement professionnel du personnel.
- Favoriser la continuité des soins pour le patient.
- Éviter le recours aux heures supplémentaires.
- Diminuer le recours aux infirmières et aux infirmiers d'agence.
- Diminuer la dépendance excessive à l'égard du personnel infirmier occasionnel pour les besoins en personnel planifiés.
- Les quarts de travail de plus de 12 heures doivent être évités.
- Employer un ration de 70/30 d'infirmières et d'infirmiers à temps plein et à temps partiel.
- Utiliser des pratiques de travail flexibles associées à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée (p. ex., l'établissement d'horaires par les infirmières et les infirmiers).
- S'assurer que la combinaison de compétences pour chaque domaine clinique repose sur l'acuité, la prévisibilité et les besoins des patients.
- Contrôler la proportion d'infirmières et d'infirmiers expérimentés par rapport aux nouvelles recrues.
- S'assurer que des mécanismes de soutien adéquats soient en place pour les infirmières et les infirmiers inexpérimentés (p. ex., les infirmières et les infirmiers ressources de l'unité).
- Inclure la planification de la succession en ce qui concerne le leadership des infirmières et des infirmiers (p. ex., les éducateurs, les administrateurs).
- Tenir compte des changements non planifiés (internes ou externes).



Modèle de systèmes de prestation de soins aux patients



Adapté de O'Brien-Pallas

Annexe E : Niveaux de prise de décision liés à la promotion de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation en personnel et de charge de travail

L'objectif du processus de dotation en personnel est l'utilisation efficace et efficiente des ressources humaines infirmières. Le modèle des systèmes de prestation de soins aux patients (O'Brien-Pallas et coll., 2004) isole les variables qui doivent être prises en compte pour promouvoir cette utilisation. Il en résulte un milieu de travail sain, ce qui se traduit par les meilleurs résultats pour les patients, le personnel infirmier et le système. Pour s'assurer que ces résultats se produisent, des systèmes d'information et des mesures doivent être utilisés aux trois niveaux de décision pour guider les processus décisionnels.

La mission de toutes les décisions relatives à la dotation en personnel infirmier (stratégique, logistique et point de service) est d'aligner le nombre approprié d'infirmières et d'infirmiers requis sur les besoins des patients afin de garantir la prestation de soins sûrs, compétents, rentables et éthiques. Le personnel infirmier ne doit pas travailler au-delà de ses capacités (c.-à-d. qu'il ne doit pas y avoir de sous-effectif), et tous les membres du personnel doivent travailler dans toute l'étendue de leur pratique afin de créer des milieux de travail sains.

La profession infirmière est réglementée. Les infirmières et les infirmiers ont la responsabilité professionnelle de procéder à une évaluation des besoins en personnel, de les documenter et de les communiquer aux personnes chargées de prendre des décisions en matière de dotation en personnel. Ces décisions sont prises en permanence, notamment en ce qui concerne la dotation en personnel infirmier et le flux de patients. Ces décisions interviennent au niveau de la planification stratégique, de la logistique et du point de service, et sont caractérisées comme suit :

NIVEAU DE LA PLANIFICATION STRATÉGIQUE	NIVEAU LOGISTIQUE	NIVEAU DU POINT DE SERVICE
Prise de décision stratégique en matière de dotation en personnel infirmier ⁶ (les directives sur les taux d'utilisation du personnel infirmier, la composition du personnel et les niveaux de dotation).	Prise de décisions logistiques concernant le personnel infirmier ⁶ (la planification du personnel infirmier pour une période déterminée).	Prise de décision concernant le personnel infirmier au point de service ⁶ (les ajustements de dernière minute).
Prise de décision stratégique concernant le flux de patients ⁶ (les politiques des unités de soins liées aux types de patients admis).	Prise de décision concernant le flux logistique des patients ⁶ (la planification de l'admission des patients, etc.).	Prise de décision concernant le flux de patients au point de service ⁶ (le transfert de patients d'une unité à une autre, annulation d'admissions prévues).

Dans le cadre du processus de dotation en personnel, il doit toujours y avoir un processus de communication clair et un élément d'analyse du système. Cela permet de disposer d'un mécanisme de rétroaction approprié qui peut conduire à des ajustements du processus de décision concernant la dotation en personnel infirmier ou le flux de patients, si nécessaire. L'approvisionnement en personnel infirmier est un processus complexe qui revêt une importance égale pour la prise de décision concernant la dotation en personnel infirmier et le flux de patients. Divers ratios et indicateurs de composition sont pertinents pour la dotation en personnel infirmier, notamment les suivants :

- **Composition des compétences du personnel infirmier** : il s'agit des catégories et des niveaux de compétences réels du personnel (p. ex., IA, IPA/IAA, etc.);
- **Composition des statuts du personnel infirmier** : il s'agit du statut d'emploi à temps plein, à temps partiel, occasionnel ou d'agence du personnel effectif;
- **Personnel d'appoint⁶**: il s'agit du personnel nécessaire en plus du personnel de base afin de maintenir une charge de travail appropriée pour le personnel tout en répondant aux besoins des patients.



Annexe F : Description de la Trousse

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires ne peuvent être mises en pratique avec succès que si la planification, les ressources et les soutiens organisationnels et administratifs sont adéquats et si des mesures de facilitation appropriées sont en place. Afin de favoriser la réussite de la mise en pratique des LDPE, un comité d'experts de l'AIIAO, réunissant des infirmières et des infirmiers, des chercheurs et des administrateurs, a élaboré le document intitulé : la *Trousse : Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (2012). La *Trousse* se base sur des données probantes disponibles, des points de vue théoriques et des consensus. La *Trousse* est recommandée pour orienter la mise en pratique de toute ligne directrice pour la pratique clinique dans une organisation de soins de santé.

La *Trousse* fournit des directives étape par étape aux personnes et aux groupes participant à la planification, à la coordination et aux mesures de facilitation de la mise en pratique de la ligne directrice. Ces étapes forment un processus dynamique et itératif plutôt que linéaire. Ainsi, au cours de chaque étape, il est essentiel de penser à celles qui suivront ainsi qu'à celles qui sont déjà terminées. Plus particulièrement, la *Trousse* aborde les étapes essentielles suivantes, comme le montre le cadre de « mise en pratique des connaissances » (AIIAO, 2012; Straus et coll., 2009) :

1. La détermination du problème : la détermination, l'examen et la sélection des connaissances (ligne directrice sur les pratiques exemplaires);
2. Adaptation des connaissances au contexte local :
 - L'évaluation des facteurs favorables et des obstacles à l'utilisation des connaissances,
 - La détermination des ressources;
3. La sélection, l'adaptation et la mise en pratique des interventions;
4. La surveillance de l'application des connaissances;
5. L'évaluation des résultats;
6. Le maintien de l'application des connaissances.

Modifier les pratiques et produire un impact clinique positif par la mise en pratique de lignes directrices est une entreprise complexe. La *Trousse* constitue une ressource essentielle dans la gestion de ce processus. Elle peut être téléchargée à l'adresse <http://RNAO.ca/bpg/resources/toolkit-implementation-best-practice-guidelines-second-edition>.

Annexe G : Modèle de charte du comité de dotation en personnel infirmier C

Charte du comité de dotation en personnel infirmier

Objet : Le comité de dotation en personnel infirmier doit fournir un effort de collaboration pour établir des pratiques de dotation minimales afin de répondre aux besoins des patients et d'offrir un milieu de travail sain à toutes les infirmières et à tous les infirmiers. Ces directives devraient reconnaître les normes fondées sur des données probantes.

Chaque domaine où des soins infirmiers sont dispensés aura la possibilité de donner son avis au Comité du personnel infirmier. Ces domaines seront convoqués aux réunions lorsque leur présence est requise. Les réunions du comité sont ouvertes et toutes les infirmières et tous les infirmiers autorisés employés par l'organisation peut y assister, mais seuls les membres du comité ont le droit de vote.

Le comité de dotation en personnel infirmier sera coprésidé par une infirmière ou un infirmier autorisé du personnel et un représentant de la direction. Les coprésidents seront choisis tous les deux ans par le Comité du personnel infirmier.

Structure : La structure du comité du personnel infirmier devrait :

- Disposer d'au moins 50 % d'infirmières et d'infirmiers autorisés du personnel/point de service;
- Ne pas avoir plus de 15 membres;
- Disposer d'un mécanisme pour assurer la représentation des équipes;
- Disposer d'un mécanisme pour assurer la représentation des spécialités infirmières;
- Avoir une durée de service désignée pour les membres;
- Disposer du temps et des ressources nécessaires pour participer;
- Incorporer des outils d'évaluation périodique de la qualité;
- Disposer de procès-verbaux accessibles à l'ensemble du personnel;
- Être dirigé par l'infirmière ou l'infirmier en chef ou son représentant.

Fonction/Tâches : La fonction du comité de dotation en personnel est d'établir des lignes directrices pour la dotation en personnel infirmier qui prennent en considération :

- Besoins individuels et globaux des patients et exigences en matière de soins infirmiers;
- Qualifications et compétences spécialisées des infirmières et des infirmiers, et du personnel de soutien;
- Disponibilité et besoins en équipements et technologies spécialisés;
- L'environnement géographique de l'établissement;
- La sécurité des patients comme élément primordial dans la planification des heures de travail du personnel infirmier;
- Normes et directives fondées sur des données probantes;
- Évaluer le système de prestation de soins en fonction des ressources;
- Fournir des soins sûrs aux patients et un personnel infirmier adéquat en mettant l'accent sur des modèles de prestation de soins basés sur les ressources disponibles;
- Disponibilité des ressources en cas d'urgence.

Exemples de tâches et de responsabilités d'un comité

Le rôle du comité de dotation en personnel infirmier est de :

- Examiner les plans et les directives de dotation en personnel existants et/ou en élaborer de nouveaux pour toutes les unités de soins;
- Examiner les normes et les directives actuelles reconnues et fondées sur des données probantes en ce qui concerne les recommandations relatives à la dotation en personnel;
- Proposer des recommandations pour un plan de dotation en personnel des services infirmiers qui est rentable et qui permet à l'organisation de disposer d'un personnel infirmier compétent possédant les compétences spécialisées nécessaires pour répondre aux besoins des patients, et qui tient compte des éléments suivants :
 - La complexité des soins, l'évaluation des patients, le volume des admissions, des sorties, et des transferts de patients,
 - L'acuité des besoins des patients et le nombre de patients pour lesquels des soins sont dispensés,
 - L'adaptation des niveaux de personnel infirmier en fonction des besoins des patients,
 - L'examen, au moins une fois l'an, de l'efficacité du plan de dotation en personnel en utilisant des indicateurs tels que la satisfaction des patients, la satisfaction du personnel infirmier, les indicateurs de qualité et la gestion financière,
 - Les recommandations de révision du plan de dotation en personnel sur la base de cet examen annuel, le cas échéant.

Source : Tiré de *New Hampshire Nurse Staffing Toolkit*, par l'Association des infirmières du New Hampshire. Copyright 2009 par l'Association des infirmières du New Hampshire. Réimpression autorisée.



APPUI



Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

85, rue Grenville, bureau 400, Toronto (Ontario) M5S 3A2
TÉL. : 416 964-8833 Téléc. : 416 964-8864

13 décembre 2016

Doris Grinspun, inf. aut., M.Sc.Inf., Ph. D., LL.D. (hon.), Ordre de l'Ontario
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl
Toronto (Ont.)
M5H 1L3

Madame,

L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO) est fière d'appuyer la ligne directrice sur les pratiques exemplaires en matière de milieu de travail sain - *Développement et maintien de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation et de charge de travail, deuxième édition*, fondée sur des données probantes de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO).

L'AIIO est un syndicat proactif qui représente 62 000 infirmières et infirmiers autorisés et professionnels paramédicaux, ainsi que 14 000 étudiants en soins infirmiers affiliés. Nous nous engageons à fournir des soins de santé de haute qualité en améliorant la qualité de la vie professionnelle de nos membres et en favorisant une communication efficace avec les employeurs et l'unité au sein de la profession infirmière. Cette ligne directrice est directement liée à nos objectifs et à notre engagement envers nos membres et la profession infirmière.

En se fondant sur les données probantes et en mettant l'accent sur l'amélioration des pratiques en matière de charge de travail, cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires améliorera considérablement les résultats, tant pour les clients que pour tous les membres. Les recommandations concernant les pratiques de l'équipe et de chacun, l'organisation et le système nous permettront de travailler à la création d'un environnement de travail encore plus sain. Cette ligne directrice aidera nos membres à respecter ces engagements et à continuer à apporter des changements positifs.

Nous remercions l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario pour son processus rigoureux d'élaboration de ligne directrice et nous appuyons la mise en œuvre de cette ligne directrice dans toutes les organisations, car nous travaillons ensemble pour avoir les clients/patients les plus en santé et le meilleur système de santé au Canada.

Cordialement,

L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

Linda Haslam-Stroud, inf. aut.,
Présidente

LHS/ar



Sigma Theta Tau International
Honor Society of Nursing®

550 West North Street
Indianapolis, Indiana 46202
stti@stti.org
www.nursingsociety.org

Téléphone 317 634-8171
Télécopieur 317-634-8188
É.-U./Canada 1-888-634-7575
International +800 634-7575-1

Le 20 janvier 2017

Doris Grinspun
Directrice générale
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)
158, rue Pearl
Toronto (Ont.)
M5H 1L3

Madame,

La Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International (STTI), est heureuse de soutenir l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO) en approuvant sa nouvelle ligne directrice sur les pratiques exemplaires en matière de système et de milieu de travail - Développement et maintien de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation et de charge de travail, deuxième édition. Depuis sa création en 1922, STTI a reconnu la valeur des bourses d'étude et de l'excellence dans la pratique des soins infirmiers. En plus de notre propre gamme de produits et services de perfectionnement professionnel, nous promouvons les ressources en matière de soins infirmiers et de soins de santé, telles que cette ligne directrice, qui fait progresser l'apprentissage et le leadership des infirmières qui travaillent à améliorer la santé des gens dans le monde entier.

La ligne directrice de l'AIIAO est liée à nos objectifs d'amélioration de la santé mondiale et de célébration de l'excellence des soins infirmiers en matière de bourses d'étude, de leadership et de service. Ses recommandations fondées sur des données probantes concernant les pratiques en matière de dotation et de charge de travail peuvent être mises en œuvre au profit des patients, des infirmiers et des infirmières, des autres fournisseurs de soins de santé, ainsi que des organisations et des systèmes de santé. STTI reconnaît la valeur des pratiques sûres et efficaces qui non seulement créent et maintiennent des environnements de travail sains, mais améliorent également l'expérience et les résultats des patients.

Nous croyons que la ligne directrice de l'AIIAO intitulée Développement et maintien de pratiques sûres et efficaces en matière de dotation et de charge de travail, deuxième édition contribuera à faire progresser le système de santé et à améliorer la qualité des soins reçus par tous ceux qui utilisent les services de santé.

Veuillez agréer, Madame, mes meilleures salutations,

Patricia E. Thompson, Ph. D. Éd., inf. aut., FAAN
Directrice générale
Honor Society of Nursing
Sigma Theta Tau International

