



Profil des qualifications

Introduction

Dans le contexte actuel de pénurie mondiale de personnel infirmier et d'augmentation des coûts de la santé, les gouvernements, législateurs et gestionnaires des services de santé sont à la recherche de nouvelles stratégies pour la fourniture de soins sûrs, efficaces et efficaces¹. Déterminer le profil des qualifications optimal au sein des équipes soignantes revient à obtenir le meilleur mélange de compétences requises pour prodiguer des soins de santé de la manière aussi efficace et efficiente que possible². Le profil des qualifications consiste alors soit en une combinaison de compétences ou d'aptitudes maîtrisées par un agent de santé, soit en un rapport numérique favorable entre travailleurs novices et expérimentés dans une discipline donnée, soit encore en un mélange optimal de différentes catégories de personnel soignant au sein d'une équipe soignante multidisciplinaire. Le profil des qualifications optimal sera fonction des besoins exprimés, des ressources disponibles et de la capacité des institutions de soins de santé ; il sera en outre influencé par la disponibilité des personnels requis ainsi que par le niveau de connaissances, de compétence et de responsabilité exigé à tous les niveaux du service de santé³.

Qu'est-ce que le profil des qualifications ?

On définit schématiquement le profil des qualifications comme la combinaison ou le regroupement de plusieurs catégories de travailleurs employés à la prestation de soins à des patients. Le profil des qualifications concerne soit le niveau supérieur, dit « macro » (par exemple le niveau national), soit le niveau « micro », dans le contexte de la fourniture de soins au niveau local.

Le profil des qualifications renvoie à plusieurs notions :

- Une combinaison de compétences disponibles à un moment précis ;
- Un mélange de postes dans une institution donnée ;
- Un mélange d'employés dans un poste donné ;
- La combinaison des activités correspondant à chaque rôle ;
- Des différences au sein de mêmes groupes professionnels, comme par exemple entre infirmières et médecins, ou entre différents secteurs du système de santé ; ou enfin
- La composition d'un groupe professionnel : par exemple, les différentes catégories d'infirmières prestataires de soins, en fonction de leurs niveaux variables de formation et de salaire⁴.

Optimisation du profil des compétences

Plusieurs approches, ou combinaisons d'approches, sont utilisées pour déterminer le profil de compétences le plus approprié. La qualité des soins, la sécurité des patients et le rapport coût-bénéfice doivent orienter la formulation de tout modèle de profil de compétences⁵. L'*American Nurses Association*, dans les directives qu'elle a publiées à l'intention des cadres de la profession, décrit ces trois facteurs de la manière suivante⁶ :

- **Critère des soins aux patients** : le modèle doit prendre en compte le nombre de patients, l'intensité des soins ainsi que l'état physique et psychologique des patients.
- **Les facteurs relatifs au personnel soignant** sont notamment son expérience, son éducation, ses compétences, son degré de contrôle du patient et son niveau de participation aux pratiques liées à la qualité.
- **Les facteurs organisationnels** sont liés à l'efficacité et à l'efficience des services de soutien, à l'accès en temps utile aux renseignements concernant le patient et à la sécurité de l'environnement.

Le dossier du CII intitulé *Effectifs suffisants = vies sauvées* informe également de la manière de déterminer le profil de compétences optimal⁷.

Profil des qualifications et transfert de tâches

L'introduction d'un nouveau profil de qualifications entraîne parfois un transfert de tâches impliquant que certains actes de soins seront assumés par une autre catégorie de personnel soignant. Citons à titre d'exemple le rôle étendu dévolu aux infirmières praticiennes en santé mentale dans le domaine du traitement de la dépression et des troubles liés à l'anxiété ainsi que de l'évaluation de patients recevant des injections de médicaments antipsychotiques⁸ ; ou encore l'orientation de patients vers des services spécialisés par des infirmières assumant des rôles avancés. En outre, certaines tâches sont parfois retirées aux infirmières pour être confiées à des collaborateurs moins bien qualifiés, comme par exemple des auxiliaires de soins de santé, voire des employés administratifs. L'Alliance mondiale des professions de santé (AMPS), qui représente plus de 25 millions de professionnels de la santé dans le monde, et à laquelle le CII appartient en tant que partenaire principal, a défini une série de principes fondamentaux du transfert des tâches, repris dans le tableau ci-après⁹.

Principes du transfert de tâches - AMPS 2008

Prise de décision	Toute décision concernant le profil des qualifications doit être adoptée en fonction de critères nationaux et compte tenu des besoins locaux en termes de prestation de services, des ressources disponibles et de la capacité de formation ; les professionnels de santé doivent en outre être associés aux processus de décision.
Compétences	Les rôles et cahiers des charges doivent être formulés sur la base des compétences nécessaires à la fourniture des services.
Systèmes et soutiens	Il doit exister des effectifs de professionnels de la santé suffisants pour encadrer la sélection, la formation, la direction, la supervision et la formation continue du personnel à tous les niveaux.

Complémentarité des rôles	Le personnel auxiliaire ne doit pas être employé en lieu et place de professionnels de la santé au chômage ou en situation de sous-emploi.
Planification et contrôle	Il importe de prévoir les mécanismes adéquats de planification et de contrôle permanents. À défaut, le risque est triple : fragmentation et éclatement du système, incapable de répondre à tous les besoins de santé du patient ; émergence de services parallèles et déconnectés, inefficients et difficiles à appréhender ; démotivation et déperdition du personnel soignant.
Réglementation	Les règlements relatifs au personnel auxiliaire et au transfert de tâches doivent être déterminés avec la pleine participation des professions concernées. Il faut préciser sans ambiguïté qui sera responsable de la supervision coopérative du personnel auxiliaire.
Salaires et sécurité au travail	Le personnel auxiliaire doit recevoir un salaire et bénéficier d'avantages sociaux lui permettant de mener une vie décente ; œuvrer dans un cadre de travail sûr ; et disposer du matériel et des fournitures nécessaires à sa propre sécurité et à celle des patients dont il est chargé.
Nouvelles exigences	Le déploiement de personnel auxiliaire entraînera une augmentation de la demande en professionnels de la santé.
Analyse économique	Il faut procéder à une analyse réaliste des avantages économiques du transfert de tâches. Cette opération doit aboutir à une situation plus favorable, ou au moins aussi favorable, en termes de résultats de santé, de rentabilité et de productivité notamment.
Contrôle de la qualité	Lorsque le transfert de tâches est pratiqué en réponse à un problème de santé précis (VIH par exemple), il faut procéder à des évaluations et des contrôles réguliers de l'intégralité du système de santé. Il est impératif de veiller à ce que les mesures prises améliorent réellement la santé des patients dans tout le système de soins de santé et qu'elles n'entraînent pas d'effets iatrogènes imprévus.
Durabilité	Le transfert de tâches envisagé comme une stratégie à long terme doit être durable. S'il est appliqué dans une optique à court terme, il faut prévoir une véritable stratégie de sortie.
Intégration des travailleurs	Le personnel auxiliaire doit être intégré au système de fourniture de soins de santé et traité en tant que membre de l'équipe soignante.

Profil des qualifications et résultats pour les patients

Si les résultats de la recherche sont parfois contradictoires, la grande majorité des études montrent que la richesse du mélange de personnel est corrélée à de meilleurs résultats pour les patients, à une meilleure satisfaction des patients, à un rapport coût-avantages plus favorable ainsi qu'à une diminution des complications et des événements indésirables.

- Une étude de Roy Carr-Hill *et al.* (Université de York, 2008) a montré que le mélange des niveaux professionnels entraîne des effets directs sur la qualité des soins : les résultats des soins et la satisfaction des patients sont d'autant meilleurs que le personnel soignant est plus qualifié¹⁰.
- Selon les observations du Dr Tso Ying Lee *et al.* à Taïwan, l'obtention de l'équilibre optimal entre infirmières et auxiliaires de soins de santé peut entraîner une réduction des coûts, sans incidence négative sur les chutes de patients ni sur les erreurs de médication¹¹.
- Une étude menée dans l'Ontario par l'Université de Toronto (2003) a montré qu'un système doté d'un profil de qualifications contenant davantage d'infirmières obtient de meilleurs résultats pour les patients, une meilleure satisfaction des patients à la sortie de l'hôpital ainsi qu'une diminution des taux d'erreurs médicales et d'infections de blessures. Cependant aucune différence notable n'a été relevée au terme des six semaines qu'a duré l'enquête¹².
- Le déploiement accéléré et le renforcement des rôles d'infirmière clinicienne spécialisée et d'infirmière praticienne ont amélioré la qualité des soins et diminué les coûts organisationnels¹³.
- Les infirmières ont prodigué des soins médicaux efficaces et équivalents à ceux des médecins dans des contextes de soins primaires et dans des maternités¹⁴.
- Des infirmières praticiennes ont prodigué à leurs patients davantage d'informations plus pertinentes que celles données par des médecins, et ont passé davantage de temps auprès de leurs patients, augmentant de ce fait la satisfaction des patients¹⁵.
- L'engagement d'assistantes de soins et d'aides-infirmières a permis de diminuer les coûts sans effets négatifs sur la satisfaction des patients¹⁶.
- L'introduction judicieuse de nouvelles catégories de collaborateurs dans le profil des qualifications s'est révélée très efficace, notamment dans les régions isolées où il est difficile de recruter et de fidéliser les professionnels de la santé¹⁷.
- Les services de santé nationaux du Royaume-Uni (NHS) estiment que de 30% à 70% des tâches effectuées par des médecins peuvent être réalisées par des infirmières praticiennes, avec des avantages en termes de coûts¹⁸.

Cependant, une diminution de la qualité des soins, une augmentation du turnover du personnel moins qualifié, une charge de travail plus importante pour l'infirmière, notamment en termes de supervision, ont été observées dans certains établissements ayant introduit des profils des qualifications.

Mise en œuvre

Il faut tenir compte d'un certain nombre d'aspects avant de procéder à des modifications du profil des qualifications²⁰ :

- Les conséquences pour le cadre réglementaire ; et, si un changement est jugé nécessaire, la manière dont il sera appliqué ;
- Les systèmes de gestion de la qualité des procédures d'évaluation et de contrôle ;
- Les compétences, aptitudes et caractéristiques démographiques de la main-d'œuvre existante ;
- La composition et la disponibilité de l'offre de main-d'œuvre pour la santé ;
- Les exigences et les capacités en termes de formation et de développement ;
- La gestion et la communication du changement ;
- Les mécanismes de supervision et de perfectionnement professionnel ;
- La sécurité des environnements de travail ;
- Les coûts associés à la mise en œuvre et au soutien à long terme ; et
- Les implications pour les accords et relations professionnels.

Conclusion

Le profil des qualifications et le transfert de tâches existent depuis l'avènement des systèmes de santé multidisciplinaires. Cependant, la pénurie mondiale d'infirmières employées soulève de nombreuses difficultés. Pour les résoudre, des mesures innovantes devront être prises pour déterminer les modèles de dotation en personnel les plus efficaces, sans compromettre ni la qualité des soins, ni les résultats pour les patients. L'optimisation du profil des qualifications du personnel de soins de santé, au sein d'un système fonctionnel d'orientation vers des services spécialisés, peut constituer une réponse à la rareté des ressources humaines pour la santé.

Pour toute information complémentaire: ichrn@secretariat.org

Le Conseil international des infirmières est une fédération de 133 associations nationales d'infirmières qui représentent des millions d'infirmières dans le monde entier. Géré par des infirmières pour des infirmières, il est le porte-parole international de la profession infirmière et il s'est fixé pour mission de garantir des soins de qualité pour tous et l'adoption de politiques de santé judicieuses au niveau mondial.

Le Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers a été fondé en 2006 par le Conseil international des infirmières et sa Fondation Internationale Florence Nightingale. Le Centre a pour vocation de renforcer la main-d'œuvre infirmière dans le monde entier grâce au développement, au suivi et à la diffusion d'une information complète et d'outils concernant les politiques, la gestion, la recherche et la pratique en matière de ressources humaines pour les soins infirmiers.

Références

1. Conseil international des infirmières (2009). *Skill Mix Decision-Making for Nursing*. Genève, CII.
2. Sibbald B, Shen J & McBride A (2004). "Changing the skill mix of the health care workforce", *Journal of Health Services Research and Policy*.
3. OMS Europe (2008). *How can optimal skill mix be effectively implemented and why?* Bourgeault IL, Kuhlmann E, Neiterman E & Wrede S. www.euro.who.int/document/hsm/8_hsc08_ePB_11.pdf.
4. Buchan J & O'May F (2000). "Determining Skill Mix: Practical Guidelines for Managers and Health Professionals", *Human Resources Development Journal*, vol. 4, n°2. www.who.int/hrh/en/HRDJ_4_2_07.pdf.
5. Buchan J, Ball J & O'May F (2000). *Determining skill mix in the health workforce: Issues in Health Services Delivery*, document de travail n°3. Département de la fourniture des services de santé, Genève, OMS.
6. American Nurses Association (2000 & 2005). *Framework Guidelines on Assessing Nurse Staffing Needs in a Skill Mix System*.
7. Conseil international des infirmières (2006). *Effectifs suffisants = vies sauvées*. Genève, CII.
8. Crosland A & Kai.J (1998). "They think they can talk to nurses: Practice nurses' views of their roles in caring for mental health problems". *British Journal of General Practice*.

9. Alliance mondiale des professions de santé (2008). *Déclaration conjointe sur le transfert de tâches*. Genève, AMPS.
10. Carr-Hill R, Dixon P, Gibbs I, Griffiths M, Higgins M, McMaughan D & Wright K (1992). *Skill mix and the effectiveness of nursing care*. Centre for Health Economics, University of York.
11. Lee TY, Yeh ML, Chen HH & Lien GH (2005). "The skill mix practice model for nursing: measuring outcome", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 51, n°4, août 2005, pp. 406-413(8).
12. McGillis Hall L, Irvine D, Baker GR, Pink G, Sidani S, O'Brien Pallas L & Donner G (2001). *A Study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System & Nurse Outcomes*, Faculté des soins infirmiers Lawrence S. Bloomberg, Université de Toronto et Canadian Health Services Research Foundation/Ontario Council of Teaching Hospitals.
13. Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C & Leese B (2000). "Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care", *BMJ* 320, pp.1048-1053.
14. Buchan J & Dal Poz M (2002). "Skill Mix in the Health Care Workforce: Reviewing the Evidence", *Bulletin of the World Health Organization* 80, pp.575-580.
15. Kinnersley P, Anderson E, Parry K, Clement J, Archard L, Turton P, Stainthorpe A, Fraser A, Butler CC & Rogers C (2000). "Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care", *BMJ* 320, pp.1043-1048.
16. Hesterly SC & Robinson M (1990). "Alternative caregivers: cost effective utilization of registered nurses", *Journal of Nursing Administration* 14, pp.45-57.
17. Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI & Craveiro VA (2000). "Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the *Agentes de saude* program", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol.7, n°5.
18. Richardson G & Maynard A (1995). *Fewer doctors? More nurses? A review of the knowledge base of nurse-doctor substitution*, Centre for Health Economics, Université de York, n°135.
19. Garfink CM, Kirby KK, Bachman SS & Starck P (1991). *The University Hospital Nurse Extender Model*.
20. Organisation mondiale de la santé, PEPFAR & ONUSIDA (2008). *Task Shifting: Rational Redistribution of Tasks among Health Workforce Teams. Global Recommendations and Guidelines*.

ICN/MK/AC/Mars 2010

Tous droits réservés, y compris la traduction en d'autres langues. Il est interdit de photocopier ou de photocopier cette publication, de l'enregistrer ou de la transmettre sur quelque support que ce soit, sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. Cependant de courts extraits (en dessous de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation à condition que la source soit indiquée.