



La prise de décision en matière de mélange de compétences pour les soins infirmiers





International Council of Nurses

International Centre for Human Resources in Nursing
3, place Jean-Marteau
1201 Geneva
Switzerland

Tel: + 41 22 908 0100

Fax: + 41 22 908 0101

Email: ichrn.secretariat@icn.ch

www.ichrn.org

www.icn.ch

Tous droits réservés, y compris pour la traduction en d'autres langues. La reproduction photomécanique de cet ouvrage, son stockage dans un système d'information, sa transmission sous quelque forme que ce soit et sa vente sont interdits sans la permission écrite du Conseil international des infirmières. De courts extraits (moins de 300 mots) peuvent être reproduits sans autorisation, pour autant que la source soit indiquée.

Copyright © 2009 CIRHSI – Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers, 3, place Jean-Marteau, 1201 Genève, Suisse

ISBN : 978-92-95065-76-5

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	4
Les auteurs	4
Remerciements	4
Résumé pour décideurs	5
Introduction	9
Approches de la prise de décision en matière de mélange de compétences	13
Forces et faiblesses des approches	23
Limites des données probantes	25
Aspects contextuels de la prise de décisions	27
Informations nécessaires à la prise de décision en matière de mélange de compétences	35
Conclusions	39
Références	41

AVANT-PROPOS

La présente étude s'inscrit dans une série de documents rédigés pour le compte du Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers (CIHRSI), qui en a assuré le financement. Cette série a pour objectif d'analyser les problèmes rencontrés dans le domaine des ressources humaines pour les soins infirmiers et de proposer des solutions à cet égard.

Ouvert en 2006 à l'initiative du Conseil international des infirmières (CII) et de la Fondation internationale Florence Nightingale (FIFN), le Centre a pour vocation de renforcer la main-d'œuvre infirmière au niveau mondial 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.

LES AUTEURS

Linda McGillis-Hall, RN, PhD, FAAN, est professeure associée et vice-doyenne chargée des relations extérieures et de la recherche à la Faculté de sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg de l'Université de Toronto (Canada). Dans le cadre de ses recherches portant sur les ressources humaines pour les soins infirmiers, Mme McGillis-Hall dirige plusieurs études consacrées à la dotation en personnel infirmier et à l'environnement de travail des infirmières en relation avec les résultats des systèmes de soins de santé, les infirmières employées par ces systèmes et la sécurité des patients. Mme McGillis-Hall a présenté de nombreuses communications relatives à la dotation en effectifs infirmiers ainsi qu'à l'efficacité du travail infirmier et a publié, dans la presse professionnelle internationale, maints articles sur ce thème.

Eric Buch, MBBCh, FFCH(SA), MSc (Med) est spécialiste diplômé en santé communautaire. Erich Buch enseigne la gestion et les politiques de santé à la Faculté de santé publique et des systèmes de santé de l'Université de Pretoria (Afrique du Sud). Eric Buch est également conseiller auprès du Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique (NEPAD). À ce titre, il siège au Conseil d'administration de l'Alliance mondiale pour les personnels de santé et préside le Comité directeur de la Plate-forme africaine des ressources humaines pour la santé. M. Buch est membre du groupe consultatif stratégique du Centre international des ressources humaines pour les soins infirmiers.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient Michelle Lalonde, RN, MN, doctorante à la Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg de l'Université de Toronto, de son aide pour les recherches dans la littérature.

Le Conseil international des infirmières remercie la Fondation Burdett pour les soins infirmiers (Royaume-Uni) de son soutien financier.

RÉSUMÉ POUR DÉCIDEURS

Pour garantir la qualité, la sécurité et la rentabilité des soins aux patients dans un contexte marqué par une demande croissante en services de santé, par l'impératif de la maîtrise des coûts et par une pénurie d'infirmières et d'autres agents de santé, il importe de déterminer de manière judicieuse la composition des personnels, ainsi que les compétences exigées de chacune des catégories d'agent de santé.

Le mélange des compétences est généralement défini comme «la combinaison des différentes catégories de travailleurs de la santé utilisées pour la fourniture de soins directs aux patients» (McGillis Hall 1997, p. 31). Cette étude présente les approches utilisées actuellement pour la prise de décisions en matière de mélange de compétences, ainsi que les éléments concrets sur lesquels ces approches sont fondées.

Approches de la prise de décision en matière de mélange de compétences

Les approches de la prise de décision en matière de mélange de compétences s'appliquent à différentes échelles, de la planification de niveau supérieur jusqu'à la microgestion du personnel. L'*American Nurses Association* (ANA) a publié un cadre reflétant les principes à prendre en compte dans les décisions en matière de dotation en effectifs infirmiers. Ces principes sont relatifs soit aux soins prodigués aux patients, soit au personnel soignant, soit à l'organisation (ANA 1999).

La littérature montre de manière évidente que de nombreux pays développés ont recours aux approches basées sur les rôles pour déterminer leurs mélanges de compétences. Ceci s'explique par le fait que la dotation en ressources humaines pour la santé est gérée au niveau des organisations de soins de santé individuelles. Les ratios infirmière/patients normalisés, tels qu'imposés par la loi de la Californie et de l'État australien de Victoria, sont des exemples d'approches de la dotation en personnel infirmier basées sur l'analyse des rôles.

L'analyse des tâches est un autre moyen de déterminer le profil des qualifications. Elle consiste à identifier les tâches pouvant être déléguées en toute sécurité, ainsi que les conditions de cette sécurité. Cette méthode est fréquemment utilisée dans les pays en voie de développement, où les normes régissant la dotation en personnel infirmier sont définies à différents niveaux : population, hôpital, soins primaires ou secteur public; et où les modifications du mélange des compétences sont parfois motivées par le manque de financement et la faible disponibilité de prestataires de soins professionnels (Hirschhorn *et al.* 2006; Adano 2008).

Indépendamment des différences d'approche entre pays développés et en développement, il arrive fréquemment que plusieurs méthodes d'aide à la décision en matière de mélange de compétences soient appliquées simultanément (Buchan *et al.* 2000). Quelle que soit la manière dont les décisions sont prises, les notions de qualité, de rentabilité et de sécurité doivent être des déterminants universels de la prise de décision en matière de composition des effectifs.

Forces et faiblesses des approches

Les responsables des politiques infirmières et les gestionnaires de la profession peuvent retenir, parmi les nombreuses options de mélange des compétences, la combinaison d'approches correspondant le mieux à leurs besoins. Le choix de ces approches doit cependant être précédé d'une évaluation complète de leurs forces et faiblesses respectives.

Limites des données probantes

Bien que le lien ait été établi entre certains modèles spécifiques de dotation en infirmières et les résultats pour les patients, la littérature sur les décisions en matière de mélange de compétences est encore lacunaire à plusieurs égards : évaluation de l'impact des facteurs liés à l'environnement de travail sur les modèles de dotation en effectifs et sur les résultats pour les patients (McGillis Hall 2005); rentabilité des différents modèles de dotation en infirmières (Spetz 2005); et quantification des niveaux de dotation en personnel soignant nécessaires pour garantir la sécurité des soins aux patients. Ont aussi été identifiés des problèmes relatifs au niveau d'analyse des variables liées à la dotation en effectifs infirmiers (McGillis Hall 2005) et au contrôle des erreurs dans l'application des méthodes d'allocation d'effectifs (Harless et Mark 2006).

Aspects contextuels de la prise de décisions

La littérature témoigne de l'influence qu'exercent un certain nombre de facteurs contextuels sur les décisions en matière de mélange de compétences : caractéristiques démographiques de la main-d'œuvre; pénuries de personnel soignant; migrations et renforcement des capacités; sécurité des environnements de travail; systèmes réglementaires; accompagnement du changement; et coûts.

Ces problèmes ont tous une portée globale. Cependant, les questions qu'il faut poser au moment de décider de mesures relatives au mélange des compétences ne sont pas les mêmes dans les pays à revenu faible ou moyen et dans les pays à haut revenu. Les questions relatives au contexte doivent porter sur la qualité, la sécurité et la rentabilité du plan retenu pour définir le mélange des qualifications.

Informations nécessaires à la prise de décision en matière de mélange de compétences

Toute décision en matière de mélange de compétences doit s'appuyer sur une série de démarches préalables : identifier le problème auquel le changement de mélange de compétences est censé remédier; détecter d'éventuelles limites à la capacité de modifier le mélange de compétences; estimer les ressources qui doivent être dégagées à l'appui du changement (moyens techniques, accès aux statistiques, systèmes d'information, personnel); et choisir et mettre en œuvre une approche de la modification du mélange de compétences (Buchan *et al.* 2006). La littérature insiste enfin sur la nécessité de collaborer avec les pouvoirs publics et les parties concernées autour de l'accompagnement du changement.

Conclusions

La pénurie mondiale de personnel de soins de santé entraîne des difficultés qui obligent d'évaluer de nouveaux modèles de dotation en effectifs. Les recherches sur la recomposition du mélange des compétences dans les pays à faibles ressources sont encore insuffisantes. Néanmoins, il est évident que les approches dans ces domaines varient entre les pays développés et les pays en voie de développement, en fonction de la disponibilité des ressources pour la santé et des besoins exprimés par les populations desservies, entre autres nombreux facteurs.

INTRODUCTION

Les responsables de la gestion des ressources humaines pour les soins infirmiers sont actuellement confrontés à d'énormes difficultés. C'est en effet dans un contexte marqué par une demande croissante en services de santé, par l'impératif de la maîtrise des coûts et par une pénurie d'infirmières et d'autres agents de santé, qu'il appartient à ces gestionnaires de déterminer la composition des personnels, ainsi que les compétences exigées de chacune des catégories de personnel, afin d'être en mesure de garantir la qualité, la sécurité et la rentabilité des soins aux patients.

Tous les pays, développés ou en développement, sont confrontés à la nécessité de se doter des effectifs de personnel infirmier garantissant la sécurité des soins et adaptés à leurs besoins. Une telle démarche impose d'évaluer les approches adoptées actuellement à cette fin et d'en mettre en lumière les principaux problèmes. Les renseignements ainsi obtenus permettront aux décideurs politiques et aux gestionnaires de prendre leurs décisions en matière de dotation en personnel en toute connaissance de cause.

Contexte

La composition du personnel, ou mélange des compétences, est définie comme «la combinaison des différentes catégories de travailleurs de la santé utilisées pour la fourniture de soins directs aux patients» (McGillis Hall 1997, p. 31). Les profils de qualifications relatifs aux différents modèles de dotation en effectifs correspondent aux compétences et connaissances spécifiques appliquées par les prestataires de soins de santé dans l'exercice de leurs rôles respectifs.

À l'origine, la littérature consacrée au mélange des compétences était de nature essentiellement descriptive, portant sur des exemples de modèles de dotation en effectifs utilisés par certaines institutions de soins de santé ou unités de soins aux patients. Cette littérature recensait ainsi des exemples appliqués au Royaume-Uni, en Australie et en Amérique du Nord, la majorité relevant des soins aigus en milieu hospitalier. Les scénarios descriptifs étaient en général de nature transversale : analysant les relations entre variables à un point temporel donné, ils ne rendaient pas compte de l'impact ni de l'efficacité des modifications de la dotation en personnel sur la durée. L'évaluation de suivi de ces modèles n'étant pas documentée par la littérature, leur utilité à long terme reste inconnue.

D'autre part, dans la littérature consacrée aux soins primaires, les preuves ne sont pas concordantes quant à l'efficacité de l'introduction d'infirmières praticiennes dans le mélange des compétences. Si des analyses systématiques indiquent que les patients sont davantage satisfaits des soins prodigués par les infirmières praticiennes, qui consultent plus longtemps et procèdent à davantage d'investigations que les médecins, on ne discerne pas, au final, de différence dans l'état de santé des patients (Horrocks *et al.* 2002). Dans le même temps, une méta-analyse des infirmières praticiennes et infirmières obstétriciennes en soins primaires signale des taux de satisfaction plus élevés parmi les

patients, ainsi qu'un meilleur taux de résolution des conditions pathologiques chez les patients traités par des infirmières praticiennes en soins primaires, par rapport aux résultats obtenus par les médecins; cependant, d'une manière globale, les soins aux patients sont jugés équivalents (Brown & Grimes 1995). Dans les soins intrapartum, les infirmières sages-femmes recourent moins souvent à la technologie et aux analgésiques que les médecins; les résultats pour patients obtenus par ces deux catégories de personnel soignant sont cependant équivalents (Brown & Grimes 1995). Un certain nombre de tests cliniques randomisés montrent qu'il n'existe pas d'écart important en termes de résultats pour les patients entre les médecins et les infirmières praticiennes (Mundinger *et al.* 2000), tandis que d'autres analyses permettent de conclure que les modèles ayant recours aux infirmières praticiennes sont moins chers (Ettner *et al.* 2006).

À la fin des années 1990, la science de la dotation en soins infirmiers a évolué et commencé de prendre en considération des études étudiant l'impact des différents modèles de mélanges de compétences sur les résultats pour les patients (Kovner & Gergen 1998; Needleman *et al.* 2002; McGillis-Hall *et al.* 2003). Récemment, des revues systématiques de la littérature ont mis au jour les relations entre modèles de dotation en personnel infirmier et résultats pour les patients (Lankshear *et al.* 2005; Kane *et al.* 2007). Leurs résultats indiquent qu'une augmentation de la proportion d'infirmières diplômées (*registered nurses*, RN) au sein des contextes hospitaliers aigus est associée à une amélioration des résultats pour patients (Lankshear *et al.* 2005) : diminution de la mortalité à l'hôpital et du nombre des cas de pneumonies acquises à l'hôpital, d'extubations imprévues, d'échecs respiratoires et d'arrêts cardiaques (Kane *et al.* 2007).

Néanmoins, aucune estimation précise n'a été produite des effectifs d'infirmières nécessaires pour assurer la sécurité des soins aux patients dans les hôpitaux ou en soins primaires, non plus que du niveau de ces infirmières. Le Conseil international des infirmières (CII), dans sa publication intitulée *Effectifs suffisants = vies sauvées*, relève l'absence d'un consensus autour de la notion de «suffisance» des effectifs et, par extension, de ce que pourrait être une dotation «sûre» - observant toutefois que l'un des éléments cruciaux à cet égard est la disponibilité d'effectifs suffisants pour répondre aux besoins de santé complexes des patients soignés dans une gamme de contextes donnés (CII 2006).

Orientation actuelle

La crise internationale en ressources humaines pour la santé continue de faire de la prise de décision en matière de dotation en effectifs infirmiers un problème crucial pour les gestionnaires des soins de santé. La pénurie dramatique d'agents de santé est considérée comme «le facteur le plus limitatif de la fourniture des services de santé» dans les pays en voie de développement (Cohen 2008, p. 1).

Simultanément, on constate dans la littérature internationale une tendance à envisager les besoins en ressources humaines pour la santé dans un contexte plus général, dépassant le niveau micro-organisationnel des soins de santé dispensés à l'hôpital. Cette tendance ne concerne pas seulement la composition des effectifs infirmiers, mais également l'interaction entre disciplines. Ainsi, la Stratégie de santé de l'Union africaine demande aux gouvernements de «déterminer les catégories du personnel de santé entre professionnel, auxiliaire (échelon moyen) et de la communauté qui fourniront un mélange approprié des ressources humaines pour leurs besoins» (Union africaine 2007, p. 11).

Portée de l'étude

Soulignant la complexité de l'environnement actuel des soins de santé, cette étude présente un aperçu d'une part des approches contemporaines en matière de décision relatives à la composition du personnel infirmier, et d'autre part des éléments concrets à l'appui de leur mise en œuvre. Les forces, faiblesses et limites des différentes approches sont identifiées. Un certain nombre de facteurs liés au contexte sont examinés, ainsi que les principales statistiques et informations indispensables à la prise de décisions en toute connaissance de cause en matière de composition du personnel. Enfin, les auteurs proposent une liste de contrôle reflétant les constatations de la littérature et destinée aux gestionnaires. La liste est structurée autour d'une approche en trois étapes de la mise en œuvre de la modification de la composition du personnel.

APPROCHES DE LA PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE DE MÉLANGE DE COMPÉTENCES

Les responsables de la gestion des ressources humaines pour la santé utilisent un certain nombre d'approches pour étayer leurs décisions en matière de composition du personnel. Chacune de ces approches répond à un objectif particulier, qu'il s'agisse de la planification de niveau supérieur ou des décisions relatives à la microgestion du personnel. Quelques auteurs ont formulé des approches générales, couvrant tous les aspects de la planification des ressources humaines pour la santé, depuis le niveau de la population globale et de ses besoins de santé spécifiques jusqu'aux évaluations organisationnelles individuelles, liées aux rôles ou aux tâches. Voici certaines de ces approches :

- Détermination de ratios entre prestataires et ensemble de la population
- Approches fondées sur les besoins de santé d'une population donnée
- Approches liées à la demande en certains types de services
- Modèles axés sur les rôles, avec estimation des effectifs requis pour un nombre donné de patients
- Analyse d'une unité de travail sous l'angle des tâches accomplies et identification des connaissances et compétences requises pour remplir ces tâches
- Indicateurs basés sur la charge de travail (Hirschhorn *et al.* 2006)

L'essentiel de la littérature porte sur les décisions prises localement, dans le contexte de la prise de décision au niveau organisationnel des hôpitaux (ANA 1999; Buchan *et al.* 2000; Shullanberger 2000).

Dans un document de travail, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) distingue huit approches de la détermination de la composition de la main-d'œuvre de santé, relevant avant tout du contexte organisationnel : analyse des tâches; analyse des activités; journaux tenus par les infirmières; analyse de la dépendance des patients; reconfiguration; application du jugement professionnel; analyse de postes et de rôles; et brainstorming (Buchan *et al.* 2000; *cf.* Tableau 1). Observant que chacune des approches présente des avantages et des défauts, les auteurs s'abstiennent de toute recommandation à l'intention des gestionnaires.

L'*American Nurses Association* (ANA, États-Unis) a mis au point un outil complet destiné à aider les gestionnaires à évaluer leurs besoins en effectifs d'infirmières (voir Tableau 2). Élaboré par un panel d'experts, l'outil tient compte d'un certain nombre de principes régissant la prise de décision en matière de dotation en effectifs infirmiers. Ces principes sont relatifs soit aux soins aux malades, soit au personnel soignant, soit à l'organisation (ANA 1999).

Tableau 1 : Approches de la détermination du mélange des compétences

Approche Forces		Faiblesses
Analyse des tâches	<ul style="list-style-type: none"> Fait intervenir des observateurs formés 	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés d'agrément des observateurs, relativement à leurs compétences et connaissances dans les activités professionnelles concernées Coût La focalisation sur les tâches est généralement considérée comme une mesure étroite du travail infirmier Pas de participation du personnel soignant : résultats parfois mal acceptés Difficile à mettre en œuvre hors des unités hospitalières Exige la disponibilité d'importantes quantités de statistiques
Analyse d'activité	<ul style="list-style-type: none"> Fait intervenir des observateurs formés 	<ul style="list-style-type: none"> Difficultés d'agrément des observateurs, relativement à leurs compétences et connaissances dans les activités professionnelles concernées Coût La focalisation sur les tâches est généralement considérée comme une mesure étroite du travail infirmier Pas de participation du personnel soignant : résultats parfois mal acceptés Difficile à mettre en œuvre hors des unités hospitalières Exige la disponibilité d'importantes quantités de statistiques
Journaux quotidiens	<ul style="list-style-type: none"> Rapports établis par les infirmières elles-mêmes Impliquent directement le personnel infirmier Peu coûteux Possibilité d'identifier le temps passé sur des tâches qui pourraient être déléguées dans le cadre d'un aménagement de la composition du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> Précision de l'information parfois problématique Exige la disponibilité d'importantes quantités de statistiques
Indice de gravité des cas/ dépendance des patients	<ul style="list-style-type: none"> Permet de déterminer les variations chronologiques de la dotation par rapport à la charge de travail infirmier Produit des estimations des effectifs globaux requis 	<ul style="list-style-type: none"> Ne rend pas compte de la composition du personnel requise Exige la disponibilité d'importantes quantités de statistiques

Reconfiguration	<ul style="list-style-type: none"> • Favorise l'innovation nécessaire dans le contexte des défis auxquels sont confrontés les pays en voie de développement 	<ul style="list-style-type: none"> • Rarement utilisée : l'approche radicale, fondamentale de la restructuration risque d'être entravée par des contraintes politiques et organisationnelles • N'est pas suffisamment axée sur les processus • Exige la disponibilité d'importantes quantités de statistiques
Jugement professionnel	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquemment appliqué par le personnel en tant que mécanisme de réallocation du travail dans un contexte donné 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectivité et transparence problématiques
Analyse de postes	<ul style="list-style-type: none"> • Utile pour prendre des décisions basées sur des informations pertinentes recueillies lors d'entretiens 	<ul style="list-style-type: none"> • Objectivité problématique et risque de distorsion du jugement
Brainstorming	<ul style="list-style-type: none"> • Méthode rapide utilisée en préalable à d'autres approches de la dotation 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque de susciter des attentes exagérées de la part du personnel et de générer des conclusions contradictoires

Source : d'après Buchan *et al.* (2000), *American Nurses Association Staffing Framework*

Tableau 2 : Principes de la dotation en effectifs infirmiers de l'American Nurses Association

Domaine Principe		Indicateurs
Unités de soins aux patients	<ol style="list-style-type: none"> 1. Les niveaux d'effectifs affectés aux unités de soins doivent refléter les besoins individuels et collectifs des patients. 2. Nécessité absolue de remettre en question l'utilité de la notion d'heures d'infirmières par journée de patient, voire d'y renoncer. 3. Les fonctions d'appui à la fourniture des soins aux patients de qualité doivent aussi être prises en compte dans la détermination des niveaux de dotation en personnel. 	<p><u>Facteurs déterminant la dotation</u></p> <p>Nombre de patients, niveaux d'intensité des patients recevant des soins, aspects contextuels (architecture et géographie de l'environnement de soins, moyens techniques disponibles, niveau de préparation et expérience des prestataires de soins)</p> <p><u>Facteurs relatifs aux patients</u></p> <p>Âge, capacité fonctionnelle, aptitudes de communication, diversité culturelle et linguistique, gravité et urgence de l'état de santé justifiant l'admission à l'hôpital, procédures prévues, capacité à répondre aux besoins en soins de santé, existence de soutiens sociaux, autres besoins spécifiques identifiés par le patient et l'infirmière</p> <p><u>Facteurs liés aux unités de soins</u></p> <p>Gouvernance, participation aux activités de contrôle de la qualité, formulation de chemins critiques, évaluation des résultats de la pratique</p>
Personnel	<ol style="list-style-type: none"> 4. Les besoins spécifiques des populations de patients doivent déterminer les compétences cliniques requises pour la pratique infirmière dans ces domaines. 5. Les infirmières diplômées doivent être soutenues par leur encadrement et être représentées aux niveaux administratif et opérationnel. 6. Les infirmières expérimentées doivent épauler leurs collègues moins expérimentées au point de vue clinique. 	<p><u>Caractéristiques des infirmières</u></p> <p>Expérience auprès de la population desservie, niveau d'expérience (de novice à expert), éducation et formation (y compris certification), compétences linguistiques, durée d'occupation d'emploi dans l'unité, niveau de contrôle de l'environnement de pratique, degré de participation à des activités améliorant les connaissances infirmières (recherche par exemple), degré d'implication des infirmières dans des activités interdisciplinaires et collaboratives autour des besoins des patients, effectifs et compétences du personnel d'appui clinique et non clinique avec lequel l'infirmière diplômée doit collaborer et qu'elle doit superviser.</p>
Organisation / institution	<ol style="list-style-type: none"> 7. L'organisation de chaque établissement doit refléter un climat organisationnel où les infirmières diplômées et les autres collaborateurs sont considérés comme autant d'atouts stratégiques. Les postes financés doivent être pourvus de manière opportune. 8. Les institutions doivent disposer de compétences documentées concernant tout le personnel infirmier, y compris le personnel temporaire ou recruté via des agences et les infirmières itinérantes; les compétences doivent couvrir toutes les activités autorisées. 	<p><u>Besoins des patients et du personnel infirmier</u></p> <p>Services de soutien efficaces et efficients (transport, administration, nettoyage, laboratoires, etc.) pour diminuer le temps passé loin du patient et éviter à l'infirmière de devoir recommencer certaines tâches; accès à des informations actualisées, pertinentes et précises grâce aux moyens techniques consolidant les données cliniques, administratives et relatives aux résultats obtenus; orientation et préparation adéquates garantissant la compétence des infirmières diplômées, grâce à la présence d'infirmières expertes chargées du mentorat; formation aux technologies utilisées dans les soins aux patients; octroi du temps nécessaire à la collaboration avec d'autres personnels soignants ou à la supervision de leurs activités; soutien à la prise de décisions déontologiques; création d'opportunités de coordination des soins, d'organisation de la continuité des soins et</p>

	9. Les politiques institutionnelles doivent prendre en compte la multiplicité des besoins des patients et du personnel infirmier.	d'éducation des patients et / ou de leurs familles; octroi des plages horaires indispensables à la coordination et à la supervision par les infirmières diplômées des agents non réglementés; procédures visant à faciliter les transitions lors de reconfigurations majeures du travail, de fusions et autres bouleversements de la vie professionnelle; droit du personnel de dénoncer l'insécurité de la dotation en effectifs, sans préjudice personnel.
Évaluation	Un certain nombre d'indicateurs devraient être évalués en permanence.	Taux de maladies et blessures professionnelles; taux de turnover et de vacance de postes; heures supplémentaires effectuées; niveau d'utilisation de personnel complémentaire; souplesse des politiques de ressources humaines et d'avantages sociaux; statistiques confirmant le respect des règlements fédéraux, étatiques et locaux (selon les cas); niveaux de satisfaction du personnel infirmier.

Source : ANA (1999)

Ce qui distingue le cadre proposé par l'ANA est l'inclusion de facteurs ou indicateurs spécifiques que les gestionnaires doivent prendre en considération dans chacun des trois domaines. Les facteurs liés aux unités de soins aux patients sont notamment le nombre de patients, l'intensité des soins requis et d'autres considérations de nature physique et psychologique. Les facteurs relatifs au personnel soignant sont notamment l'expérience, l'éducation, le niveau de contrôle de la pratique et le degré de participation aux pratiques liées à la qualité. Enfin, les facteurs organisationnels sont notamment l'efficacité et l'efficience des services de soutien, l'accès à des informations actualisées concernant les patients, la pertinence de l'orientation et de la formation dispensées au personnel pour garantir sa compétence et la sécurité de l'environnement de travail (ANA 1999).

Reflétant la complexité de la dotation en effectifs infirmiers, le cadre de l'ANA a évolué avec le temps : simple prospectus à l'origine, il s'est mué en un véritable mode d'emploi expliquant aux gestionnaires du secteur comment mettre en œuvre, au sein de leurs institutions, les principes qu'il propose (ANA 2005). Le guide insiste sur l'importance d'une évaluation permanente de la dotation en effectifs infirmiers, sur la base du suivi d'indicateurs relatifs aux infirmières. En particulier, le guide explique comment déterminer la manière dont la qualité de l'environnement de travail peut influencer la qualité des soins prodigués aux patients (ANA, 2005). Il représente l'effort le plus abouti à ce jour pour la détermination de la dotation en personnel infirmier. En incorporant des indicateurs que les gestionnaires peuvent utiliser à l'appui de leurs décisions, il apporte une valeur ajoutée inédite.

Rôles et tâches

La littérature montre de manière évidente que de nombreux pays développés ont recours aux approches basées sur les rôles pour déterminer leurs mélanges de compétences. Ceci s'explique par le fait que la dotation en ressources humaines pour la santé y est gérée au niveau des organisations de soins de santé individuelles. Les approches basées sur les rôles sont «fondées sur des estimations du nombre de personnels appartenant à certaines catégories précises – médecins, infirmières, etc. – requis pour soigner un nombre donné de patients» (Hirschhorn *et al.* 2006, p. 3). Certains pays comme le Royaume-Uni

centralisent la planification de leur main-d'œuvre au sein d'un système de santé national. Cette planification centralisée conditionne les décisions relatives aux rôles, à leur redéfinition et à l'introduction de nouveaux rôles par le biais de la réglementation et des modèles de financement. Mais elle permet aussi de prendre certaines décisions en matière de dotation en effectifs à un niveau plus local. Par contre, la pénurie dramatique d'agents de santé contraint les pays en voie de développement à axer leur planification sur les besoins de la population ou de la société en général.

La composition du personnel peut également être déterminée au terme d'une analyse des tâches, en particulier de celles qu'il est possible de déléguer moyennant les conditions de sécurité et de qualité indispensables. Cette démarche, orientée sur la rentabilité, a pour finalité de réserver le temps et les compétences des professionnels à l'accomplissement de tâches plus complexes.

En pratique, comme le confirme le rapport de l'OMS sur le mélange des compétences, «on utilisera souvent une combinaison de plusieurs méthodes» (Buchan *et al.* 2004, p. 4). C'est ainsi que si l'objectif et les approches des décisions en matière de dotation en personnel varient, on constate un certain chevauchement dans leur emploi. Indépendamment de la manière dont les décisions sont prises, les notions de qualité, de rentabilité et de sécurité doivent être des déterminants universels de la prise de décision en matière de composition des effectifs.

L'essentiel de la littérature formant la base d'évidence relative à la dotation en personnel infirmier est consacrée aux approches fondées sur les rôles, décrites ci-après. Nous présentons ensuite les résultats de recherches utilisant, ou combinant, les approches basées sur les tâches et les besoins.

Une revue systématique de la littérature sur la dotation en personnel infirmier montre que les approches basées sur les rôles sont les mécanismes préférés des gestionnaires de même que le champ d'étude privilégié des chercheurs dans ce domaine (McGillis Hall 2005). Parmi les approches basées sur les rôles, mentionnons :

- La proportion d'infirmières diplômées au sein du mélange de compétences
- Le nombre des heures d'infirmières disponibles divisé par le nombre de patients soignés dans une unité donnée (heures d'infirmières par journée de patient)
- Le nombre de patients par infirmière diplômée
- Le nombre de postes à équivalent plein temps
- La composition du personnel infirmier (McGillis Hall 2005)

La plupart des recherches conduites en Amérique du Nord, en Australie et au Royaume-Uni se basent sur ces indicateurs pour déterminer la dotation en personnel infirmier (Pearson *et al.* 1992; Kovner et Gergen 1998; Needleman *et al.* 2002; McGillis Hall *et al.* 2003; Buchan et Calman 2004). De même, dans un article publié récemment en Europe consacré à la dotation en personnel infirmier et à ses résultats pour les patients (Van den Heede *et al.* 2007), des experts internationaux identifient les mesures basées sur les rôles comme les principaux moyens de déterminer la dotation en personnel infirmier. Ces mesures consistent notamment en calcul du nombre d'infirmières par journée de patient et de la proportion

d'infirmières diplômées par rapport à l'effectif total de personnel infirmier soignant (Van den Heede *et al.* 2007).

Ratios infirmière/patients

La Californie et l'État australien de Victoria ont récemment adopté des lois instituant des ratios infirmière/patients normalisés, une démarche qui montre l'importance des approches de la dotation en personnel infirmier basées sur l'analyse des rôles. Depuis 1999, les hôpitaux de soins aigus de la Californie doivent disposer d'une infirmière pour quatre ou cinq patients des unités de soins intensifs. Les premiers rapports de recherche montrent une augmentation du nombre d'heures d'infirmière diplômée par patient, tandis que le nombre de patients par infirmière diplômée est en diminution. On n'a relevé aucun impact en termes de résultats pour les patients (Donaldson *et al.* 2005). Des études plus récentes montrent que l'introduction des ratios obligatoires n'a pas diminué la fréquence des événements indésirables (Bolton *et al.* 2007). La présence d'un nombre plus important d'infirmières diplômées auprès d'un nombre réduit de patients implique une augmentation des coûts, qui n'a cependant pas fait l'objet d'études de suivi.

En 2001, l'État de Victoria introduisait un ratio d'une infirmière pour quatre patients, espérant ainsi renforcer sa main-d'œuvre infirmière grâce à une amélioration du recrutement et de la fidélisation. L'État impose des ratios dans la fonction publique sur tout son territoire par le biais de la convention collective. Le syndicat dispose du pouvoir de faire fermer des lits dans les hôpitaux qui ne respectent pas les ratios. En 2004, l'État introduisait un ratio modifié de cinq infirmières pour vingt patients (Gerdtz et Nelson 2007). Cette modification reflétait le passage à une approche de la dotation en personnel infirmier calculée au niveau des unités de soins, et non plus au niveau du patient individuel (5:20). Ce type de modèle de dotation permet à l'administration d'assigner les patients en fonction du mélange de compétences et de l'acuité des états de santé. Il autorise en outre une certaine souplesse, permettant de procéder à des ajustements rapides en cas d'urgence ou de modification subite de l'état de santé du patient, dans le respect de l'exigence de dotation minimale (Gerdtz et Nelson 2007).

L'introduction de ratios entre infirmières et patients est évoquée en Israël depuis les années 1970. Depuis 1996, les hôpitaux de ce pays appliquent une méthode de dotation prenant en compte le taux d'infirmières par lit d'hôpital et la couverture supplémentaire requise pendant les absences et les vacances (Rassin et Silner 2007). L'augmentation de la demande en infirmières diplômées induite par la complexité de l'état de santé des patients a entraîné la formulation d'une série de recommandations : arrêt de la formation de certaines catégories d'infirmières auxiliaires; formation des infirmières diplômées dans des institutions universitaires, y compris au niveau supérieur, pour le renforcement de l'expertise clinique; personnel infirmier des hôpitaux composé à 80% (au lieu de 73%) d'infirmières diplômées, le 20% restant étant composé d'agents de santé non réglementés (Rassin et Silner 2007).

Dans le cadre d'une étude canadienne récente portant sur les processus de décision en matière de dotation en personnel infirmier, des chercheurs ont mené des entretiens avec des intervenants clés du secteur, notamment des utilisateurs d'outils d'aide à la prise de décision (McGillis Hall *et al.* 2006). L'étude pointe certaines difficultés liées à la

normalisation des ratios infirmière / patients ainsi qu'à l'utilisation, pour la détermination de la dotation en personnel infirmier, de mesures de la charge de travail axées sur les tâches ou sur la dépendance du patient. L'une des principales recommandations de l'étude porte sur l'indispensable coopération entre décideurs politiques et gestionnaires autour de la recherche de solutions fondées sur les enseignements de la pratique, et sur la mise en œuvre d'une stratégie facilitant la traduction des preuves en modalités pratiques (McGillis Hall *et al.* 2006).

Transfert de tâches

Dans les pays en voie de développement, les normes régissant la dotation en personnel infirmier peuvent être définies à différents niveaux : population, hôpital, soins primaires ou secteur public; les modifications du mélange des compétences sont parfois motivées par le manque de financement et la faible disponibilité de prestataires de soins professionnels (Hirschhorn *et al.* 2006; Adano 2008). Le recours, par ces pays, à des approches de la dotation en personnel axées sur les tâches se traduit par le succès actuel du «transfert de tâches» (OMS 2007). L'Organisation mondiale de la santé définit le transfert de tâches comme «un processus de délégation au terme duquel des tâches sont assignées à des collaborateurs de santé moins spécialisés» (OMS 2007, p. 3). Ces tâches sont généralement déléguées par des agents de santé mieux qualifiés à des agents moins bien formés et moins qualifiés.

Le transfert de tâches s'est affirmé à l'origine en tant que moyen de renforcer la main-d'œuvre sanitaire pour améliorer l'accès aux soins du VIH/sida. Dans cette démarche, les besoins sont analysés afin d'identifier les connaissances et compétences requises, puis de déterminer le niveau des prestataires de soins de santé devant être déployés pour remplir les tâches de manière optimale. La démarche doit être comprise dans le contexte de la pénurie mondiale d'agents de santé, une pénurie particulièrement aiguë dans cinquante-sept pays d'Asie et d'Afrique (OMS 2006a). Douze recommandations ont été formulées afin de remédier à la crise de la main-d'œuvre pour la santé. Elles portent en particulier sur l'augmentation des investissements dans la formation des travailleurs du secteur de la santé et dans leur sécurité; sur une planification à grande échelle de la main-d'œuvre; et sur une meilleure efficacité dans l'utilisation du personnel soignant disponible. Toujours pour améliorer l'efficacité, l'OMS recommande d'autoriser certains travailleurs moins bien qualifiés (volontaires, agents de santé communautaire, agents très peu formés) à assumer certaines des tâches les plus simples habituellement dévolues à des travailleurs très bien formés (OMS 2006a).

Dès avant l'épidémie de sida, de nombreux pays en voie de développement disposaient d'un mélange de compétences diversifié, au sein duquel des travailleurs moins formés et moins qualifiés se voyaient confier davantage de responsabilités et assumaient un certain nombre de tâches au-dessus de leurs qualifications. Cette tendance, que les exigences posées par le déclenchement de l'épidémie de sida ont renforcée, est à l'origine d'une relation ambivalente avec la profession infirmière, d'une confusion des domaines de pratique et d'écarts par rapport aux contextes réglementaires en place. D'autres pays définissent plus précisément les rôles et les domaines de pratique. Le transfert de tâches a émergé relativement récemment. Il s'accompagne, dans au moins six pays, d'analyses de la littérature plus systématiques, de consultations d'experts et de recherches visant à formuler une approche fondée sur les données probantes. Par exemple, dans certains

pays en voie de développement, des personnes vivant avec le VIH/sida peuvent être habilitées à dispenser des soins du VIH/sida dans le contexte des organisations de soins de santé ainsi qu'au niveau communautaire (*Medical News Today* 2008). Commune à toutes ces approches du transfert de tâches est la nécessité «de procéder à des évaluations et à des contrôles réguliers du système de santé du pays concerné pris dans son ensemble» dans l'optique d'une évaluation de la qualité des résultats de santé (Confédération internationale des sages-femmes *et al.* 2008, p. 2).

Pour évaluer les effectifs de personnel de santé requis pour administrer les soins du VIH/sida, le Mozambique a mis au point un modèle basé sur ses besoins (Hagopian *et al.* 2008). Dans une perspective proche des concepts posés par l'*American Nurses Association* dans ses *Principles for Nurses Staffing* (1999), ce modèle articule entre eux plusieurs facteurs relatifs aux patients : nombre de patients en thérapie, inscrits pour un traitement et enregistrés dans une institution de soins (Hagopian *et al.* 2008).

Afin de quantifier la main-d'œuvre nécessaire au traitement du sida dans plusieurs régions de l'Afrique, de l'Asie du Sud-est et du Pacifique Ouest disposant de ressources humaines limitées, on s'est attaché à identifier quelles tâches liées aux patients pourraient être transférées à d'autres agents de santé (Hirschhorn *et al.* 2006). Ce modèle de «renforcement» prévoit notamment de confier à des infirmières la tâche d'évaluer l'état de santé des patients et, dans les cas les plus simples, de prescrire les traitements nécessaires; dans le même temps, il s'agit de «décharger les infirmières des activités de conseil et d'éducation pour les transférer à des laïcs ou à des pairs formés à cet effet» (Hirschhorn *et al.* 2006, p. 5). Certains auteurs relèvent que le modèle ne tient pas compte des notions d'intégration et de fourniture des soins prévues par les approches plus générales opérant au niveau des systèmes de santé, et compromet de ce fait la gestion de maladies telles que le VIH et la tuberculose (Atun *et al.* 2008).

Enfin, Singapour applique des approches axées sur les horaires et les tâches pour estimer ses besoins en personnel soignant, sur la base de la fréquence et du type d'interventions infirmières requises pour assurer les soins aux patients (Ayre *et al.* 2007). Le Ministère de la santé révisé régulièrement ces estimations par rapport aux besoins de la population (*ibid.*).

FORCES ET FAIBLESSES DES APPROCHES

Les responsables des politiques infirmières et les gestionnaires de la profession peuvent retenir, parmi les nombreuses options de mélange des compétences, la combinaison d'approches correspondant à leurs besoins. Le choix de ces approches doit cependant être précédé d'une évaluation complète de leurs forces et faiblesses respectives.

L'OMS, dans une étude consacrée au mélange des compétences de la main-d'œuvre pour la santé (Buchan *et al.* 2000, cf. Tableau 1), compare les avantages et inconvénients des approches fondées sur les tâches, de l'analyse d'activités, des registres quotidiens, de l'analyse du degré de gravité des cas / de la dépendance des patients, de la reconfiguration, de l'application du jugement professionnel, de la description des postes et du brainstorming. Chacune de ces approches est décrite ci-après.

Les auteurs soulignent que les approches basées sur *l'analyse des tâches et des activités* font appel à des observateurs spécialement formés à cet effet, ce qui est considéré comme une force. Les auteurs donnent une liste des limites potentielles de ces approches, notamment :

- Difficultés d'agrément des observateurs, relativement à leurs compétences et connaissances dans les activités professionnelles concernées
- Coûts élevés associés à l'activité des observateurs
- La focalisation sur les tâches est généralement considérée comme une mesure étroite du travail infirmier
- L'absence de participation du personnel soignant risque de compliquer l'acceptation des résultats
- Ces approches sont difficilement applicables hors des unités hospitalières

En dépit de ces limites, des travaux portant sur le transfert de tâches liées aux soins du sida suggèrent qu'il est possible d'appliquer avec succès ces modèles (Hirschhorn *et al.* 2006; van Rensburg *et al.* 2008) pour autant que l'on procède à des évaluations systématiques (Confédération internationale des sages-femmes *et al.* 2008, p. 2).

Par contraste, les registres quotidiens, où les infirmières consignent leurs activités, impliquent directement le personnel infirmier et sont moins coûteux; par contre, la précision des informations qu'ils contiennent n'est pas garantie (Buchan *et al.* 2000). Malgré tout, ces registres offrent la possibilité d'identifier le temps consacré aux tâches qui pourraient être transférées dans le cadre d'un aménagement de la composition du personnel.

Les *approches centrées sur l'analyse de l'indice de gravité des cas et de la dépendance des patients* permettent de déterminer les variations de la dotation en effectifs dans le temps, par rapport à la charge de travail infirmier. Ces approches donnent en outre une estimation des effectifs globaux d'infirmières dont il faudrait disposer, mais ne rendent pas compte des différentes catégories de personnel nécessaires (Buchan *et al.* 2000).

La *reconfiguration* est rarement utilisée pour modifier la composition du personnel, compte tenu du caractère radical ou fondamental de son approche de la restructuration : elle est soumise, à ce titre, à d'importantes contraintes politiques et organisationnelles. Elle n'est, d'autre part, pas suffisamment axée sur les processus (Buchan *et al.* 2000). Il faut cependant observer que, dans le contexte des défis que doivent relever les pays en voie de développement, la reconfiguration est un utile facteur d'innovation.

Le personnel applique très souvent son *jugement professionnel* en tant que mécanisme de réallocation du travail : il s'agit alors d'une force. D'un autre côté, le jugement professionnel peut souffrir d'un manque d'objectivité et de transparence – une faiblesse (Buchan *et al.* 2000).

L'*analyse de poste* structurée, basée sur des entretiens avec le personnel pour en examiner les rôles professionnels, peut également appuyer les décisions en matière de dotation. Les résultats de l'observation directe permettent de remédier à l'objectivité problématique et au risque de distorsion du jugement associés à cette démarche (Buchan *et al.* 2000).

Enfin, le *brainstorming*, technique consistant à discuter avec le personnel de ses activités et rôles professionnels, peut servir d'amorce à d'autres approches de la dotation en effectifs. Le brainstorming risque cependant de susciter des attentes exagérées de la part du personnel et de produire des données contradictoires (Buchan *et al.* 2000). Les discussions thématiques en groupe sont une forme de brainstorming.

À l'exception du jugement professionnel, de l'analyse de poste et du brainstorming, les approches esquissées par ces auteurs exigent la disponibilité d'importantes quantités de données statistiques. Ceci peut aussi constituer une limitation.

LIMITES DES DONNÉES PROBANTES

La littérature publiée en Amérique du Nord ces dix dernières années confirme l'existence d'une relation entre certains modèles de dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients. Il reste cependant des lacunes, à commencer par la détermination de l'impact des facteurs liés au contexte de travail sur les modèles de dotation en effectifs et sur les résultats pour les patients (McGillis Hall 2005). D'autres études devront en outre confirmer la rentabilité des différents schémas de dotation en effectifs infirmiers (Spetz 2005). Ont aussi été identifiés des problèmes relatifs au niveau d'analyse des variables liées à la dotation en effectifs infirmiers (McGillis Hall 2005) et au contrôle des erreurs dans l'application des méthodes d'allocation d'effectifs (Harless et Mark 2006). Enfin, la littérature disponible à ce jour ne donne pas d'estimation concrète des niveaux de dotation en effectifs requis pour garantir la sécurité des soins aux patients.

Plusieurs auteurs décrivent les pratiques créatives utilisées par des pays en voie de développement confrontés à la crise des ressources humaines pour la santé (Clarke *et al.* 2005; Hirschhorn *et al.* 2006; Dick *et al.* 2007; Rolfe *et al.* 2008; Riu *et al.* 2008). Pour innovantes qu'elles soient, ces initiatives se sont heurtées à des nombreuses difficultés qu'il vaut la peine d'analyser avant d'explorer de nouveaux modèles de mélange de compétences.

Une évaluation de la pratique de sous-traitance des services de soins de santé primaires dans les pays en voie de développement a permis de constater des améliorations dans l'accès aux soins. Cependant, l'évaluation ne dit rien des résultats en termes d'équité, de qualité et d'efficience, non plus qu'elle ne traite de la composition du personnel (Liu *et al.* 2008).

La Tanzanie a mis en place un réseau de pratiques obstétriques indépendantes, à petite échelle, faisant appel à des infirmières à la retraite, ou proches de l'âge de la retraite, pour prodiguer des soins personnalisés dans des régions mal desservies (Rolfe *et al.* 2008). Une évaluation de cette initiative a été réalisée dans neuf districts. Elle montre que les exigences réglementaires obligent ces pratiques à être basées au sein d'institutions de santé. En outre, le faible niveau des crédits de démarrage, la formation commerciale insuffisante et la lourdeur des procédures bureaucratiques sont pénalisants et entraînent une sous-utilisation de ces services, suscitant des doutes quant à leur pérennité (Rolfe *et al.* 2008).

Les initiatives lancées par certains pays en voie de développement dans le domaine des transferts de tâches infirmières en direction de personnels auxiliaires ont mis en lumière la nécessité d'assurer une formation et une supervision adéquates de ces nouveaux personnels, afin de garantir le respect des normes de soins (Hirschhorn *et al.* 2006). À cet égard, lors d'une consultation organisée en 2006 en Zambie par l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, l'OMS et l'Agence suédoise pour le développement international, un certain nombre de problèmes ont été recensés en matière de formation ou d'éducation des agents de santé des pays en voie de développement (OMS 2006b) : infrastructures défectueuses et pénurie d'enseignants; modèles pédagogiques disparates et inadaptés aux besoins; manque de motivation du corps enseignant; éducation / formation orientées sur la

recherche de solutions à très court terme et entraînant, par conséquent, des compromis en termes de qualité (OMS 2006b). La déclaration sur le transfert de tâches publiée conjointement en 2008 par les professions de santé insiste sur le fait qu'«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 auxiliaire» chargé des tâches déléguées (Confédération internationale des sages-femmes *et al.* 2008, p. 1).

En Afrique du Sud, des infirmières de santé primaire ont mis au point un programme de formation destiné à des ruraux, sélectionnés par leurs pairs pour assumer des rôles d'agents de santé communautaire non-professionnels. Ces agents sont engagés dans la détection et le traitement précoces de la tuberculose. Des études signalent une amélioration de la détection des cas; les résultats de ces études ne sont cependant pas significatifs du point de vue statistique (Clarke *et al.* 2005; Dick *et al.* 2007). Les auteurs relèvent que le programme a pu être maintenu même lors d'une diminution des ressources humaines pour la santé (Clarke *et al.* 2005). Une analyse de rentabilité réalisée ultérieurement a montré que, dans les fermes participant au programme, le coût par cas de tuberculose guéri avait diminué de 59% (Clarke *et al.* 2006). D'autres études ont révélé que si les expériences des soignants non-professionnels sont globalement positives, ces personnels sont néanmoins la cible de certaines critiques de la part des communautés; les difficultés associées à ce rôle ont été mises en évidence (Daniels *et al.* 2004). En outre, les infirmières de soins primaires ont constaté que les soignants non-professionnels doivent bénéficier d'un soutien permanent (Dick *et al.* 2007). Ceci confirme les termes de la déclaration conjointe des professions de santé sur le transfert de tâches, qui appelle à une évaluation permanente de ces nouveaux modèles afin d'en déterminer l'impact sur les résultats pour les patients et sur les résultats de santé (Confédération internationale des sages-femmes *et al.* 2008, p.2).

ASPECTS CONTEXTUELS DE LA PRISE DE DÉCISIONS

La littérature montre clairement que la prise de décision en matière de mélange de compétences doit s'accompagner de l'examen d'un certain nombre de facteurs contextuels :

- Caractéristiques démographiques de la main-d'œuvre
- Pénuries d'agents de soins de santé
- Migrations et renforcement des capacités
- Environnements de travail et sécurité
- Systèmes régulateurs
- Communication autour du changement
- Coûts

Ces facteurs sont pertinents pour tous les pays. Cependant, la manière dont il faut les aborder varie selon que l'on se trouve dans le monde industrialisé ou dans les pays en voie de développement. Les questions relatives au contexte doivent porter sur la qualité, la sécurité et la rentabilité du plan retenu pour définir le mélange des qualifications.

Caractéristiques démographiques

En Amérique du Nord, plusieurs chercheurs ont montré que le niveau d'éducation et d'expérience du personnel infirmier est une caractéristique contextuelle importante, dont il faut tenir compte au moment de déterminer la composition du personnel. Une étude en particulier indique que les hôpitaux comptant une proportion plus élevée d'infirmières formées au niveau bachelor connaissent des taux inférieurs de mortalité en chirurgie et d'échecs à sauver des vies (Aiken *et al.* 2003). Selon une autre étude, les clients soignés dans le contexte communautaire par des infirmières formées au niveau du bachelor ont de plus grandes chances d'être mieux informés et d'obtenir de meilleurs résultats de comportement (O'Brien-Pallas *et al.* 2002).

Les pays en voie de développement emploient de nombreuses catégories d'agents de santé communautaire. La formation de ces personnels intervient souvent dans le contexte professionnel. Faute de programmes ou d'enseignements fondamentaux normalisés, cette formation ne peut toujours garantir que les travailleurs ont effectivement atteint les niveaux de compétence requis pour les tâches qu'ils devront assumer. Nombre de ces tâches ressortissant des soins infirmiers de base, certains observateurs se demandent si les agents de santé communautaires travaillant à plein temps – qui suivent de six mois à une année de formation – ne devraient pas être réglementés de la même manière que les infirmières. Ceci leur permettrait de bénéficier des mêmes avantages en termes d'organisation, de supervision et de réglementation que toutes les autres professions de santé, avec des avantages pour la qualité des soins.

Pénuries d'agents de soins de santé

La nature de la pénurie de personnel de santé varie selon les pays et les continents. Bien que les agents de santé soient un élément essentiel du fonctionnement des systèmes de santé partout dans le monde, «on constate d'énormes disparités entre les pays dans la manière dont les politiques et stratégies de ressources humaines sont mises au point et appliquées. Les écarts les plus importants concernent les effectifs d'agents de santé par habitant et la composition du personnel employé» (Gupta *et al.* 2003, p. 2).

Les pays d'Afrique sont confrontés à une situation particulièrement difficile (OMS 2008) : ils souffrent en effet des taux de morbidité les plus élevés au monde, de même que des pénuries de personnel de santé les plus graves. Comme il a été observé récemment lors d'une conférence consacrée à la crise des ressources humaines pour la santé en Afrique, «les pays de la région Amérique de l'OMS subissent 10% de la charge mondiale des maladies, emploient 37% du total des agents de santé et comptent pour plus de 50% des dépenses de santé dans le monde; les pays de la région Afrique, quant à eux, subissent 24% de la charge des maladies mais n'emploient que 3% des travailleurs et ne comptent que pour moins d'un pour-cent des dépenses de santé mondiales» (OMS 2008, p. 12).

L'Afrique est, en outre, confrontée au problème de la répartition inégale des agents de santé entre, d'un côté, les grandes villes et les institutions de référence bien pourvues et, de l'autre côté, les régions rurales et les institutions de première ligne, souvent démunies (OMS 2008). Cette situation soulève un certain nombre d'impératifs en matière de mélange des compétences, dans les pays en voie de développement aussi bien qu'industrialisés. Le premier impératif est celui du nécessaire renforcement, au niveau mondial, de la formation d'infirmières diplômées, afin de combler les lacunes dans la main-d'œuvre professionnelle et de garantir ainsi la fourniture des soins de qualité et sûrs qui sont la marque des infirmières. La présence de davantage d'infirmières diplômées faciliterait en outre le soutien, la supervision et l'éducation des catégories sous-professionnelles, autant d'activités indispensables.

Six grandes organisations internationales de professionnels de la santé reconnaissent, dans une déclaration conjointe, que les pénuries de personnel de santé obligent certains pays à envisager le recours au transfert de tâches (Confédération internationale des sages-femmes *et al.* 2008). La déclaration recense douze principes dont le respect doit garantir l'efficacité du transfert de tâches en direction de nouvelles catégories d'agents de santé (Tableau 3) : prise en compte des conditions prévalant au niveau local et national; description des exigences en termes de compétences des nouvelles catégories d'agents; existence des systèmes de soutien et des rôles d'appui indispensables aux nouveaux agents de santé; mise en œuvre de mécanismes de réglementation des nouveaux agents de santé; planification et contrôle des rôles; évaluation des avantages économiques des rôles; salaires équitables et sécurité des environnement de travail; réactivité face à l'augmentation de la demande en soins de santé; contrôle de la qualité dans le contexte des besoins mondiaux en matière de santé; le nouveau personnel ne doit pas remplacer des professionnels au chômage ou en sous-emploi; pérennité du processus; intégration des nouveaux agents à l'équipe soignante (Confédération internationale des sages-femmes *et al.* 2008).

Lors de la mise en œuvre de modèles basés sur le transfert de tâches, il faut insister sur le principe de soutien au personnel infirmier, et non de remplacement. Avant d'avoir recours au transfert de tâches, toutes les mesures doivent être prises pour utiliser le personnel de soins de santé au chômage. Des rapports récents indiquent l'existence au Kenya d'«un nombre important de professionnels de la santé qualifiés, notamment d'infirmières, au chômage», par suite d'un gel de l'embauche dans les années 1990 (Adano 2008, p. 2). Les six organisations de professionnels de la santé déjà mentionnées estiment que «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» (Confédération internationale des sages-femmes *et al.* 2008, p. 2).

La décision de prodiguer, en cas de pénurie de personnel infirmier, des services supervisés – plutôt que directement prodigués – par des professionnels, peut influencer la qualité et la sécurité des soins aux malades. La mise en œuvre d'un mélange de compétences judicieux (par exemple en formant et en affectant de nouvelles catégories d'agents de santé à l'éducation et au counselling) est un moyen de gagner un temps précieux, temps qu'il sera possible de consacrer à la fourniture de soins de meilleure qualité aux patients ayant absolument besoin d'une expertise «professionnelle».

Tableau 3 : Principes du transfert de tâches

Facteurs Principe	
Décisions concernant le profil des qualifications	Toute décision concernant le profil des qualifications doit être adoptée en fonction de critères nationaux et compte tenu des facteurs locaux relatifs à la qualité, à l'efficacité et à l'opportunité des services. Doivent également être pris en compte : la configuration existante des services de santé, les ressources disponibles, la capacité de formation et de production. Les professions de santé doivent enfin être associées aux processus de décision.
Compétence	Les rôles et cahiers des charges afférents doivent être formulés sur la base des compétences nécessaires pour la fourniture des services. Ils doivent s'inscrire dans une structure de carrière cohérente, axée sur les compétences et encourageant la progression professionnelle par l'apprentissage tout au long de la vie et par la reconnaissance de la compétence acquise et évolutive.
Systèmes de soutien	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 auxiliaire.
Réglementation	Les règlements relatifs au personnel auxiliaire et au transfert de tâches doivent être déterminés avec la participation des professions concernées. Il faut préciser sans ambiguïté qui sera responsable de la supervision coopérative du personnel auxiliaire. Dans tous les cas, la mise au point des programmes d'enseignement, l'enseignement, la supervision et l'évaluation doivent impliquer les professionnels de la santé dont les tâches sont transférées.
Planification et contrôle	Il importe de prévoir les mécanismes de planification et de contrôle adéquats. À défaut, le risque est triple : fragmentation et éclatement du système, rendu incapable de répondre à tous les besoins de santé du patient; émergence de services parallèles et déconnectés, inefficients et difficiles à appréhender; démotivation et forte déperdition du personnel soignant.
Salaires et sécurité au travail	Le personnel auxiliaire doit être rétribué et bénéficier d'avantages lui permettant de mener une vie décente, de bénéficier d'un cadre de travail sûr et de disposer du matériel et des fournitures nécessaires à sa propre sécurité et à celle des patients. Dans le même temps, on attend du personnel auxiliaire qu'il se conforme au code de conduite édicté par son employeur.
Nouvelles demandes	Le déploiement de personnel auxiliaire entraînera une augmentation de la demande en professionnels de la santé pour trois raisons au moins : (1) émergence de nouvelles responsabilités en tant que formateurs et superviseurs, au détriment d'autres tâches; (2) le succès du transfert de tâches générera de nouveaux patients, dont il faudra assurer les soins; (3) les professionnels de la santé auront affaire à des patients aux besoins de santé plus complexes (les cas les plus simples ayant été transférés), requérant par conséquent la mise en œuvre de savoir-faire plus pointus en termes d'analyse, de diagnostic et de traitement.
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, de productivité notamment. Les modifications du profil des compétences et l'introduction de nouvelles catégories de travailleurs de la santé et / ou de nouveaux modèles de soins doivent faire l'objet d'une évaluation constante et systématique. Cette évaluation doit porter sur l'impact de ces mesures sur les résultats de santé et sur les résultats pour les patients, ainsi que sur leur efficacité et leur efficience.
Évaluation et contrôle de la qualité permanents	Lorsque le transfert de tâches est pratiqué en réponse à un problème de santé précis (VIH par exemple), il faut procéder à une évaluation et un contrôle réguliers du système de santé général du pays concerné. En particulier, l'évaluation qualitative liée aux résultats de santé généraux pour la population

	est indispensable pour garantir que les programmes améliorent réellement la santé des patients de tout le système de santé.
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. Le transfert de tâches doit s'accompagner d'une rémunération juste et appropriée des professionnels de la santé et d'une amélioration de leurs conditions de travail.
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	Le personnel auxiliaire doit être intégré au système de fourniture de soins de santé et traité en tant que membre de l'équipe soignante.

Source : Confédération internationale des sages-femmes *et al.* (2008)

Migrations et renforcement des capacités

Les pays d'Asie et d'Afrique sont confrontés à une difficulté supplémentaire en matière de ressources humaines : le recrutement actif de leurs infirmières, médecins, pharmaciens et autres professionnels de santé par des pays plus développés, le Royaume-Uni entre autres (OMS 2006a; OMS 2006b; Fox 2008; Hagopian *et al.* 2008). Une étude récente portant sur plus de cent élèves infirmières ougandaises a montré que la majorité d'entre elles souhaitaient quitter leur pays pour aller travailler aux États-Unis et au Royaume-Uni dans les cinq ans suivant l'obtention de leur diplôme, essentiellement pour des raisons salariales (Nguyen *et al.* 2008). Cette constatation souligne l'importance, pour les pays en voie de développement, de fidéliser leurs infirmières.

Les participants à une consultation organisée en Zambie par l'Alliance mondiale pour les personnels de santé ont rappelé l'importance du renforcement des capacités des institutions de formation et, simultanément, de la mise en œuvre de méthodes pédagogiques innovantes adaptées aux besoins actuels en soins de santé (OMS 2006b). Ils ont également souligné la nécessité d'accorder davantage d'attention à la problématique de l'intégration, par exemple par le biais d'une formation commune aux soins infirmiers et obstétricaux (OMS 2006b).

Les signataires de la déclaration citée plus haut, relative au transfert de tâches, partagent cet avis et font valoir que «dans les régions confrontées à une pénurie critique de professionnels de la santé, des efforts doivent être consentis pour améliorer les possibilités de formation professionnelle (niveau premier et deuxième cycles universitaires) et pour introduire des mesures susceptibles de retenir les professionnels de la santé» (Confédération internationale des sages-femmes *et al.* 2008, p. 2). Pour s'assurer de la présence d'un nombre adéquat de professionnels dans leur mélange de compétences, les pays en voie de développement devront renforcer l'éducation et, simultanément, contrer les facteurs incitatifs de l'émigration (facteurs «push»). Les pays industrialisés devront, quant à eux, diminuer leur dépendance vis-à-vis des professionnels recrutés dans les pays en voie de développement. Pour ce faire, ils pourront renforcer le secteur de l'éducation, améliorer la rétention et, le cas échéant, modifier le mélange des compétences au sein de leurs propres systèmes de santé.

Le problème des migrations de travailleurs de la santé concerne aussi les pays développés. Ainsi, une étude met en évidence une tendance préoccupante à la migration d'infirmières du Canada vers les États-Unis (McGillis Hall *et al.* 2009a; 2009b). Selon Brush (2008), les infirmières canadiennes représentent le deuxième groupe le plus important d'infirmières migrantes aux États-Unis, représentant un peu plus de 20% du personnel infirmier formé à l'étranger actif dans ce pays, après les infirmières originaires des Philippines. Ces travaux soulignent l'importance, pour les gestionnaires et décideurs politiques, de mieux comprendre les facteurs contribuant aux migrations d'infirmières, de manière à concevoir des politiques permettant de minimiser ce problème.

Environnements de travail et sécurité

Une synthèse de la littérature consacrée à la qualité des environnements de travail et à la sécurité des patients recense, au niveau des unités de soins de santé, un certain nombre de facteurs qu'il faut prendre en compte au même titre que le mélange des compétences (McGillis Hall 2005). Ces facteurs sont le travail en équipe et la collaboration multidisciplinaire, le climat et la culture organisationnels, la marge de contrôle des responsables d'unités, la charge de travail et la productivité du personnel infirmier employé par chaque unité, l'autonomie et la capacité décisionnelle du personnel infirmier, les possibilités de perfectionnement professionnel, le taux d'absentéisme et le taux de recours aux heures supplémentaires (McGillis Hall 2005). Un rapport du *Institute of Medicine* des États-Unis suggère que la sécurité des patients dans les environnements de travail infirmiers est compromise pour des raisons liées à la gestion et à la culture des organisations, ainsi qu'aux pratiques de déploiement du personnel (Page 2004). Au Royaume-Uni, certains chercheurs estiment nécessaire que les études portant sur la dotation en personnel infirmier prennent en compte le critère d'autonomie (Currie *et al.* 2005). Un rapport sur les environnements de travail de la profession infirmière en Australie relève que l'autonomie des infirmières, leur degré de contrôle sur leur propre pratique et le leadership infirmier au niveau des unités de soins sont autant de facteurs clés de la sécurité de la fourniture des soins aux patients (Duffield *et al.* 2007).

Au plan mondial, l'importance de la sécurité du contexte de travail a aussi été mise en évidence dans une perspective personnelle, relativement aux agents de santé vivant avec le VIH/sida (Hirschhorn *et al.* 2006).

Systèmes régulateurs

Gupta *et al.* (2003) suggèrent que plusieurs facteurs influencent la manière dont les systèmes de santé déterminent les effectifs et le profil des qualifications des prestataires de soins de santé : disponibilité des ressources, environnement réglementaire, culture, coutumes nationales. L'*American Organization of Nurse Executives* estime qu'à l'avenir les valeurs fondamentales associées aux soins et à la connaissance resteront les mêmes, tandis que le travail de l'infirmière est appelé à changer, de même que les exigences placées sur les infirmières (*Health Research and Educational Trust* 2008).

La réglementation des professions de santé est destinée à protéger le public en garantissant la compétence de pratique des praticiens inscrits dans les registres

professionnels. Cependant, une analyse des données disponibles montre que la réglementation de la profession infirmière devra être plus transparente et plus souple à l'avenir, afin de refléter les changements de l'environnement de travail et l'apparition de nouveaux rôles (Bryant 2005). En bref, les changements réglementaires concernant les infirmières diplômées devront refléter les nouvelles responsabilités qui leur seront dévolues par les solutions adoptées en matière de mélange de qualifications. Les changements réglementaires devront aussi s'appliquer aux personnes assumant de nouvelles tâches et couvrir des domaines aussi divers que les normes, la pratique déontologique et les dossiers médicaux. En résumé, les pays appliquant des mécanismes de mélange de compétences doivent simultanément se poser la question de l'indispensable accompagnement réglementaire.

Communication autour du changement

Un domaine est encore négligé : l'accompagnement du changement de la dotation en effectifs ou du mélange des compétences. Au-delà de la réticence prévisible face au changement, le personnel concerné éprouvera de nombreuses inquiétudes et se posera autant de questions. La documentation éditée par le CII au sujet de la sécurité de la dotation en effectifs tient compte de cette réalité et souligne l'importance de mettre en place des plans de communication à l'appui des décisions relatives aux modifications du personnel (CII 2006). Cette communication ne doit pas seulement s'effectuer «de haut en bas» : elle doit être de nature consultative, impliquer le personnel dans la planification, la définition des rôles ou la collecte des statistiques relatives aux tâches et activités (Buchan *et al.* 2000). On part du principe que ces mécanismes sont plus efficaces car l'infirmière est engagée dans l'activité à mesure qu'elle est déployée.

Coûts

Certains auteurs suggèrent que les décisions relatives à la dotation en personnel infirmier devraient tenir compte des principes économiques élémentaires que sont les coûts et bénéfices, y compris les coûts non monétaires et les coûts d'opportunité, ces derniers étant associés au choix de l'utilisation d'une ressource (Spetz 2005). «Le niveau optimal de dotation en effectifs infirmiers ne correspond pas seulement au nombre d'infirmières permettant d'éviter autant de décès que possible» (*ibid.*, p. 305). Cependant, la recherche économique sur la dotation en personnel infirmier est un domaine complexe, soumis à de nombreuses contraintes : nécessité de procéder aux ajustements reflétant les différences d'acuité des patients et de compétence du personnel soignant; réglementation de la pratique infirmière; quantification des coûts et résultats des soins de santé insuffisante et non susceptible de convaincre les détracteurs. Le problème ne tient pas seulement aux coûts, mais aussi à la rentabilité : il revient manifestement moins cher d'employer une auxiliaire qu'une infirmière diplômée; mais si le travail de l'auxiliaire est moins bon, le coût total augmentera malgré le fait que le salaire est inférieur.

Il faut avoir conscience des effets bien différents du modèle de «paiement pour des services», prévalant dans certains pays développés, et du système de budget fixe, appliqué par de nombreux pays en voie de développement. Dans le premier cas, toute augmentation de la charge ou de l'acuité entraîne une augmentation des revenus, et donc des fonds disponibles pour l'embauche d'infirmières diplômées. En outre, le différentiel de

salaires entre les infirmières diplômées et le personnel non réglementé est parfois relativement faible, ce qui limite l'intérêt d'engager des personnels moins bien formés. Les pays en voie de développement, au contraire, doivent s'efforcer d'obtenir le maximum de soins pour un budget déterminé. Ils doivent donc chercher le meilleur équilibre possible entre les effectifs de professionnels, d'auxiliaires et d'agents de santé communautaire.

INFORMATIONS NÉCESSAIRES À LA PRISE DE DÉCISION EN MATIÈRE DE MÉLANGE DE COMPÉTENCES

Notre revue de la littérature montre à l'évidence que les décisions en matière de mélange de compétences doivent être étayées par des données statistiques. Certains auteurs proposent des lignes directrices concrètes permettant : d'identifier le problème auquel un changement de mélange de compétences est censé remédier; de détecter d'éventuelles limites à la capacité de modifier le mélange de compétences; d'estimer les ressources qui doivent être dégagées à l'appui du changement (moyens techniques, accès aux statistiques, systèmes d'information, personnel); et enfin de retenir et mettre en œuvre une approche de la modification du mélange de compétences (Buchan *et al.* 2000).

D'autres auteurs adoptent une vue plus large et soulignent l'importance de nouer, avec les parties prenantes et les pouvoirs publics, une collaboration en vue du changement. Par exemple, le rapport du CII sur la sécurité de la dotation en effectifs, publié en 2006, recommande de déterminer l'ampleur du problème, de définir la notion de sécurité en fonction des besoins des patients, de récolter les statistiques pertinentes et d'utiliser un outil d'évaluation pour aplanir toute difficulté. Cependant, le rapport dépasse ces concepts et recommande de :

- préparer un plan de communication destiné à influencer la prise de décision
- utiliser la «boîte à outils» préparée par le CII pour appuyer les initiatives en faveur de la sécurité de la dotation en personnel
- participer aux activités de planification et de développement des politiques nationales de ressources humaines de la santé, au niveau gouvernemental
- promouvoir les études de l'impact des modifications de la dotation en personnel sur les conditions de travail, sur la qualité de vie professionnelle et sur la sécurité des patients
- faire pression sur les employeurs afin qu'ils prennent et introduisent des niveaux de dotation en personnel sûrs et agissent pour la salubrité des environnements de travail
- améliorer l'éducation du public quant à l'importance des services prodigués par les infirmières
- collaborer avec des initiatives locales pour l'amélioration des conditions de travail des infirmières (CII 2006)

Dès lors qu'il est prévu de procéder à des modifications du mélange de compétences, il importe de prendre en compte la totalité des faits probants disponibles. Les réponses aux questions de la liste de contrôle présentée dans le Tableau 4 sont particulièrement utiles pour orienter les décisions en matière de mélange de compétences. Le tableau subdivise la prise de décision en trois étapes, chacune devant être étayée par un certain nombre de renseignements. La première étape consiste en questions relatives au contexte de la prise de décision, la deuxième sert à définir quelles approches sont envisageables et la troisième propose des indicateurs précis pour évaluer les aspects cruciaux que sont les besoins en termes de soins aux patients, la capacité en personnel et les particularités contextuelles.

Tableau 4 : Liste de contrôle pour la mise en œuvre d'une modification du mélange de compétences

Avant la mise en œuvre d'une modification du mélange de compétences :

- √ Identifier le problème que la modification du mélange de compétences est censée résoudre
- √ Déterminer quelles contraintes déterminent la capacité réelle à modifier le mélange de compétences
- √ Recenser les ressources disponibles en appui au changement (moyens techniques, accès aux statistiques, systèmes d'information et ressources en personnel)
- √ Identifier une approche de la modification du mélange de compétences

Source : Buchan *et al.* 2000

Choix d'une approche de la modification du mélange de compétences :

- √ ratio prestataires / ensemble de la population
- √ approches fondées sur les besoins de santé d'une population donnée 2
- √ approches liées à la demande en certains types de services 2
- √ modèles axés sur les rôles, estimant les effectifs requis pour un nombre donné de patients
- √ analyse d'une unité de travail sous l'angle des tâches accomplies; identification des connaissances et compétences requises pour accomplir ces tâches 1,2
- √ indicateurs de charges de travail 1,2
- √ analyse d'activité ou échantillonnage 1
- √ tenue de journaux quotidiens par les infirmières 1
- √ reconfiguration 1
- √ jugement professionnel 1
- √ brainstorming 1

Source : d'après Buchan *et al.* 2000¹; Hirschhorn *et al.* 2006²

Indicateurs à prendre en considération :

(1) Patient

- √ âge
- √ capacité fonctionnelle
- √ aptitudes à la communication
- √ diversité linguistique et culturelle
- √ gravité de l'état de santé et niveau d'urgence [à l'admission]
- √ procédures prévues et leur complexité
- √ capacité à répondre aux besoins de soins de santé
- √ existence de soutiens sociaux
- √ autres besoins spécifiques identifiés par le patient et l'infirmière diplômée

(2) Personnel soignant

- √ expérience préalable auprès de la population desservie
- √ niveau d'expérience [de débutante à experte]
- √ éducation et formation, y compris certification
- √ connaissances linguistiques
- √ durée d'occupation de l'emploi au sein de l'unité [institution]
- √ niveau de contrôle sur l'environnement de pratique
- √ degré d'implication dans les initiatives d'amélioration de la qualité
- √ degré de participation aux activités augmentant le corpus des savoirs infirmiers (recherche par exemple)
- √ degré de participation de l'infirmière à des activités interdisciplinaires et collaboratives concernant les besoins des patients
- √ effectifs de personnels d'appui cliniques et non cliniques avec lesquels l'infirmière doit collaborer et qu'elle supervise; leurs compétences

(3) Environnement / institution de soins de santé

- √ nombre de patients
- √ niveaux d'intensité des soins prodigués aux patients
- √ aspects liés au contexte physique : architecture et géographie de l'environnement, moyens techniques disponibles
- √ structure de gouvernance
- √ participation aux activités d'évaluation de la qualité
- √ mise au point de chemins critiques
- √ évaluation des résultats de la pratique
- √ services d'appui efficaces et efficaces (transport, administration, entretien, laboratoires, etc.) afin de diminuer le temps consacré à d'autres tâches que les soins aux patients et éviter à l'infirmière de devoir recommencer certaines tâches
- √ accès à des informations actualisées, exactes et pertinentes grâce aux technologies de communication permettant de consolider les données cliniques, administratives et relatives aux résultats obtenus
- √ orientation et préparation adéquates, grâce notamment à la présence d'infirmières préceptrices et d'infirmières expertes, pour garantir la compétence des infirmières diplômées
- √ formation aux moyens techniques utilisés dans les soins aux patients
- √ octroi du temps nécessaire pour la collaboration et la supervision d'autres agents de santé
- √ aide à la prise de décision déontologique
- √ possibilité réelle de coordonner les soins et d'organiser la continuité des soins et l'éducation des patients et / ou de leurs familles
- √ octroi du temps nécessaire à la coordination et à la supervision par les infirmières diplômées des travailleurs non réglementés
- √ existence de procédures de simplification des transitions lors de reconfigurations du travail, de fusions et d'autres modifications fondamentales de la vie professionnelle
- √ droit du personnel de dénoncer l'insécurité des conditions de travail ou l'insuffisance de la dotation en personnel, sans préjudice personnel

Source : d'après ANA (1999)

CONCLUSIONS

Dans la majorité des pays, la profession infirmière prodigue l'essentiel des soins aux patients à tous les niveaux des systèmes de santé (Cohen 2008). Cependant, la pénurie mondiale de personnel de soins de santé entraîne des difficultés qui obligent d'évaluer de nouveaux modèles de dotation en effectifs.

Si les modèles de dotation liés aux résultats pour les patients présentent des avantages indéniables, il faut observer que les études sur ce sujet portent, pour l'essentiel, sur les pays développés. Nous ne disposons que de très peu d'études concernant la modélisation ou la prise de décision en matière de mélange de compétences dans des situations marquées par la limitation des ressources (Hagopian *et al.* 2008). Néanmoins, il est évident que les approches de la prise de décision en matière de dotation en effectifs pour les soins aux patients varient entre les pays développés et les pays en voie de développement, compte tenu de la disponibilité des ressources pour la santé et des besoins exprimés par les populations desservies, entre autres nombreux facteurs.

Cette étude a identifié certaines des difficultés qui accompagnent l'adoption de pratiques alternatives de la définition du mélange de compétences, telles qu'elles sont appliquées par exemple dans certains pays en voie de développement. D'autres études devront être réalisées pour déterminer l'impact de ces nouveaux modèles sur les résultats et pour identifier les soutiens nécessaires à leur mise en œuvre efficace.

RÉFÉRENCES

- Adano U (2008), 'The health worker recruitment and deployment process in Kenya: an emergency hiring program', *Human Resources for Health*, vol. 6, article 3, Internet, le 21 April 2009, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-19.pdf.
- Union africaine (2007), 'Africa health strategy: 2007-2015', Troisième session de la conférence des Ministres de la santé de l'Union africaine, Johannesburg, 9-13 avril, Union africaine, Addis Ababa.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM & Silbur J (2003), 'Educational levels of hospital nurses and surgical mortality', *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, n° 12, pp. 1617-1623.
- American Nurses Association (1999), *Principles for nurse staffing*, ANA, Washington.
- American Nurses Association (2005), *Utilization guide for the ANA principles for nurse staffing*, ANA, Washington.
- ANA voir *American Nurses Association*
- Atun RA, Bennett S & Duran A (2008), *When do vertical (stand-alone) programmes have a place in health systems?*, Internet, le 13 octobre 2008, www.euro.who.int/document/hsm/5_hsc08_epb_8.pdf.
- Ayre TC, Gerdtz MF, Parker J & Nelson S (2007), 'Nursing skill mix and outcomes: a Singapore perspective', *International Nursing Review*, vol. 54, n° 1, pp. 56-62.
- Bolton LB, Aydin CE, Donaldson N, Brown DS, Sandhu M, Fridman M & Aronow HU (2007), 'Mandated nurse staffing ratios in California: a comparison of staffing and nurse-sensitive outcomes pre- and postregulation', *Policy, Politics & Nursing Practice*, vol. 8, n° 4, pp. 238-250.
- Brown SA & Grimes DE (1995), 'A meta-analysis of nurse practitioners and nurse midwives in primary care', *Nursing Research*, vol. 44, n° 6, pp. 332-339.
- Brush BL (2008), 'Global nurse migration today', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 40, n° 1, pp. 20-25.
- Bryant R (2005), *Regulation, roles and competency development* [document CII], Internet, le 4 juin 2008, www.icn.ch/global/Issue1Regulation.pdf.
- Buchan J, Ball J & O'May F (2000), *Determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals* [document de travail OMS], Internet, le 1er mars 2008, www.who.int/hrh/documents/en/skill_mix.pdf.
- Buchan J & Calman L (2004), *The global shortage of registered nurses: an overview of issues and actions*, Internet, le 15 février 2008, www.icn.ch/global/shortage.pdf.
- Clarke M, Dick J, Zwarenstein M, Lombard CJ & Diwan VK (2005), 'Lay health workers improve TB treatment outcome in commercial farming area of South Africa: a cluster randomized control trial', *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 9, n° 6, pp. 673-679.
- Clarke M, Dick J & Bogg L (2006), 'Cost-effectiveness analysis of an alternative tuberculosis management strategy for permanent farm dwellers in South Africa amidst health service contraction', *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 34, n° 1, pp. 83-91.
- Cohen GM (2008), 'Protecting health professionals, our most precious resource' [éditorialiste invitée], *International Nursing Review*, vol. 55, n° 1, pp. 1-2.
- Currie V, Harvey G, West E, McKenna H & Keeney S (2005), 'Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 51, n° 1, pp. 73-82.
- Daniels K, Van Zyl H, Clarke M, Dick J & Johansson E (2004), 'Ear to the ground: listening to farm dwellers talk about their experiences of becoming lay health workers', *Health Policy and Planning*, vol. 73, n° 1, pp. 92-103.
- Dick J, Clarke M, van Zyl H & Daniels K (2007), 'Primary health care nurses implement and evaluate a community outreach approach to health care in the South African agricultural sector', *International Nursing Review*, vol. 54, n° 4, pp. 383-390.

- Donaldson N, Burnes Bolton L, Aydin C, Brown D, Elashoff JD & Sandhu M (2005), 'Impact of California's licensed nurse-patient ratios on unit-level nurse staffing and patient outcomes', *Policy, Politics, and Nursing Practice*, vol. 6, n° 3, pp. 198-210.
- Duffield C, Roche M, O'Brien-Pallas L, Diers D, Aisbett C, King M, Aisbett K & Hall J (2007), *Glueing it together: nurses, their work environment and patient safety*, Internet, le 15 février 2008, www.health.nsw.gov.au/pubs/2007/nwr_report.html.
- Ettner SI, Kotlerman J, Abdelmonem A, Vazirani S, Hays RD, Shapiro M & Cowan M (2006), 'An alternative approach to reducing the costs of patient care? A controlled trial of the multi-disciplinary doctor-nurse practitioner [MDNP] model', *Medical Decision Making*, vol. 26, n° 1, pp. 9-17.
- Fox M (2008), 'Recruiting African health workers a crime: Lancet', *Reuters*, 21 février, Internet, le 25 février 2008, www.reuters.com/article/healthNews/idUSN2149268920080221?feedType=RSS&feedName=healthNews&pageNumber=1&virtualBrandChannel=0.
- Gerdtz MF & Nelson S (2007), '5-20: A model of minimum nurse-to-patient ratios in Victoria, Australia', *Journal of Nursing Management*, vol. 15, n° 1, pp. 64-71.
- Gupta N, Diallo K, Zurn P & Dal Poz MR (2003), 'Assessing human resources for health: what can be learned from labour force surveys?', *Human Resources for Health*, vol. 1, article 5, Internet, le 15 février 2008, www.human-resources-health.com/content/1/1/5.
- Hagopian A, Micek MA, Vio F, Gimbel-Sherr K & Montoyo P (2008), 'What if we decided to take care of everyone who needed treatment? Workforce planning in Mozambique using simulation of demand for HIV/AIDS care', *Human Resources for Health*, vol. 6, article 3, Internet, le 15 février 2008, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-3.pdf.
- Harless DW & Mark BA (2006), 'Addressing measurement error bias in nurse staffing research', *Health Services Research*, vol. 41, n° 5, pp. 2006-2024.
- Health Research & Educational Trust (2008), *A call to action: ensuring global human resources for health* [actes], Internet, le 11 juin 2008, www.hret.org/hret/publications/content/proceedings.pdf.
- Hirschhorn LR, Oguda L, Fullem A, Dreesch N & Wilson P (2006), 'Estimating health workforce needs for antiretroviral therapy in resource-limited settings', *Human Resources for Health*, vol. 4, article 1, Internet, le 15 février 2008, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-4-1.pdf.
- Horrocks S, Anderson E & Salisbury C (2002), 'Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors', *British Medical Journal*, vol. 324, n° 7341, pp. 819-823.
- International Confederation of Midwives, International Council of Nurses, International Pharmaceutical Federation, World Confederation for Physical Therapy, World Dental Federation, World Medical Association (2008), *Joint health professions statement on task shifting*, Internet, le 11 June 2008, www.icn.ch/Statement_12_principles.pdf.
- Conseil international des infirmières (2006), *Effectifs suffisants = vies sauvées, dossier d'information et d'action*, Internet, le 15 février 2008, <http://www.icn.ch/indkit2006f.pdf>.
- Kane RL, Shamlivan TA, Mueller C, Duval S & Wilt TJ (2007), 'The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis', *Medical Care*, vol. 45, n° 12, pp. 1195-1204.
- Kovner C & Gergen PJ (1998), 'Nurse staffing levels and adverse events following surgery in US hospitals', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 30, n° 4, pp. 315-321.
- Lankshear AJ, Sheldon TA & Maynard A (2005), 'Nurse staffing and healthcare outcomes: a systematic review of the international research evidence', *Advances in Nursing Science*, vol. 28, n° 2, pp. 163-174.
- Liu X, Hotchkiss DR & Bose S (2008), 'The effectiveness of contracting-out primary health care services in developing countries: a review of the evidence', *Health Policy and Planning*, vol. 23, n° 1, pp. 1-13.
- McGillis Hall L (1997), 'Staff mix models: complementary or substitution roles for nurses', *Nursing Administration Quarterly*, vol. 21, n° 2, pp. 31-39.

- McGillis Hall L, Doran D, Baker GR, Pink GH, Sidani S, O'Brien-Pallas L & Donner GJ (2003), 'Nurse staffing models as predictors of patient outcomes', *Medical Care*, vol. 41, n° 9, pp. 1096-1109.
- McGillis Hall L (2005), *Quality work environments for nurse and patient safety*, Jones and Bartlett, Sudbury, MA.
- McGillis Hall L, Pink L, Lalonde L, Tomblin Murphy G, O'Brien-Pallas L, Spence Laschinger HK, Tourangeau A, Besner J, White D, Tregunno D, Thomson D, Peterson J, Seto L & Akeroyd J (2006), 'Decision making for nurse staffing: Canadian perspectives', *Policy, Politics, & Nursing Practice*, vol. 7, n° 4, pp. 261-269.
- McGillis Hall L, Pink GH, Jones CB, Leatt P, Gates M, Pink L, Peterson J & Seto L (2009a), 'Gone south: Why nurses migrate to the U.S. from Canada', *Healthcare Policy*, vol. 4, n°4, à paraître.
- McGillis Hall L, Pink GH, Jones CB, Leatt P, Gates M, Peterson J & Seto L (2009b), 'The grass is always greener: Canadian-educated nurses in the US', *International Nursing Review*, vol. 56, n°2, à paraître.
- Medical News Today* (2008), 'WHO releases new guidelines to address health worker shortages in Africa, increase access to HIV/AIDS services', *Medical News Today*, 10 janvier, Internet, le 4 février 2008, www.medicalnewstoday.com/articles/93541.php.
- Mundinger MO, Kane RL, Lenz ER, Totten AM, Tsai WY, Cleary PD, Friedewald WT, Siu AL & Shelanski ML (2000), 'Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians', *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 1, pp. 59-68.
- Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M & Zelevinsky K (2002), 'Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals', *New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 22, pp. 1715-1722.
- Nguyen L, Ropers S, Nderitu E, Zuyderduin A, Luboga S & Hagopian A (2008), 'Intent to migrate among nursing students in Uganda: measures of the brain drain in the next generation of health professionals', *Human Resources for Health*, vol. 6, article 5, Internet, le 15 février 2008, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-5.pdf.
- O'Brien-Pallas L, Irvine Doran D, Murray M, Cockerill R, Sidani S, Laurie Shaw B & Lochhaas-Gerlach J (2002), 'Evaluation of a client care delivery model, part 2: variability in client outcomes in community home nursing', *Nursing Economics*, vol. 20, n° 1, pp. 13-21, 36.
- Page A (2004), *Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses*, National Academies Press, Washington.
- Pearson A, Hocking S, Mott S & Riggs A (1992), 'Skill mix in Australian nursing homes', *Journal of Advanced Nursing*, vol. 17, n° 7, pp. 767-776.
- Rassin M & Silner D (2007), 'Trends in nursing staff allocation: the nurse-to-patient ratio and skill mix issues in Israel', *International Nursing Review*, vol. 54, n° 1, pp. 63-69.
- Rolfe B, Leshabari S, Rutta F & Murray SF (2008), 'The crisis in human resources for health care and the potential of a 'retired' workforce: case study of the independent midwifery sector in Tanzania', *Health Policy and Planning*, vol. 23, n° 2, pp. 137-149.
- Shullanberger G (2000), 'Nurse staffing decisions: an integrative review of the literature', *Nursing Economics*, vol. 18, n° 3, pp. 124-148.
- Spetz J (2005), 'The cost and cost effectiveness of nursing services in health care', *Nursing Outlook*, vol. 53, n° 6, pp. 305-309.
- Van den Heede K, Clarke SP, Sermeus W, Vleugels A & Aiken L (2007), 'International experts' perspectives on the state of the nurse staffing and patient outcomes literature', *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 39, n° 4, pp. 290-297.
- van Rensburg D, Steyn F, Schneider H & Loffstadt L (2008), 'Human resource development and antiretroviral treatment in Free State province, South Africa', *Human Resources for Health*, vol. 6, article 15, Internet, le 15 octobre 2008, www.human-resources-health.com/content/pdf/1478-4491-6-15.pdf.
- Organisation mondiale de la santé (2006a), *The global shortage of health workers and its impact* [fiche d'information n° 302], Internet, le 22 février 2008, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs302/en/index.html.

Organisation mondiale de la santé (2006b), *Global health workforce alliance: sharing experiences* [compte-rendu de réunion], Internet, le 22 février 2008, www.who.int/workforcealliance/documents/GHWA-Lusaka.pdf.

Organisation mondiale de la santé (2007), *Task shifting to tackle health worker shortages*, Internet, le 15 octobre 2008, www.who.int/healthsystems/task_shifting_booklet.pdf.

Organisation mondiale de la santé (2008), *Human resources for health in Africa: experience, challenges and realities* [rapport de conférence], Internet, le 22 février 2008, www.who.int/workforcealliance/Douala_EN_WEB.pdf.



International Council of Nurses

International Centre for Human Resources in Nursing
3, place Jean-Marteau
1201 Geneva
Switzerland

Tel: + 41 22 908 0100

Fax: + 41 22 908 0101

Email: ichrn.secretariat@icn.ch

www.ichrn.org

www.icn.ch