

Les ratios infirmière/résidents en CHSLD

# Pénurie de soins ou pénurie d'infirmières ?

*Dans votre quart de travail aujourd'hui, combien de temps avez-vous consacré à des soins infirmiers ? Combien de résidents étaient sous votre responsabilité ? Une étude descriptive s'est penchée sur la répartition du temps infirmier dans les unités de soins et a évalué l'impact des ratios personnel/patients.*

Par **Philippe Voyer**, inf., Ph.D., **Nancy Cyr**, inf., M.Sc., **Marie-Claude Abran**, B.Sc., **Lise Bérubé**, M.Sc., **Sylvie Côté**, inf., B.Sc., **Alain Coulombe**, inf., M.A., **Anik Desrochers**, inf., M.Sc., **Charlène Joyal**, inf., M.Sc., **Isabelle Jacques**, inf., B.Sc., **Valérie Lavoie**, inf., B.Sc., **Priscilla Malenfant**, inf., M.Sc., **Karine Poirier**, inf., M.A.P. et **Suzy Tremblay**, inf., B.Sc., M.A.P.

Les centres d'hébergement accueillent un nombre croissant de résidents ayant des problèmes de santé complexes et évolutifs. Cette réalité pousse les décideurs à chercher les meilleurs moyens pour optimiser les services offerts. Les ratios professionnels/résidents sont souvent au centre de cette réflexion.

La littérature révèle que de nombreuses études ont examiné l'impact de ces ratios sur la qualité des soins (Harrington *et al.*, 2000 ; Bostick *et al.*, 2006 ; Bliesmer *et al.*, 1998 ; Duffield *et al.*, 2011). Duffield et ses collègues (2011) ont examiné les ratios dans 43 unités de soins réparties dans 13 hôpitaux sur une période de cinq ans. Leur étude montre que des ratios adéquats ont un impact positif sur plusieurs indicateurs de santé des patients. Ainsi, les ratios moins élevés, ceux avec un nombre de patients moins élevé par infirmière, ont pour effet une réduction des infections urinaires, des pneumonies, des arrêts cardiaques et de la durée de séjour. En comparant les meilleurs ratios avec les pires, soit ceux avec le plus grand nombre de patients par infirmière, les auteurs constatent une différence de 26 % dans le taux de mortalité. Cette étude établit aussi que plus le niveau de formation des infirmières est élevé, plus le taux de mortalité des patients diminue.

Quant aux études réalisées en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), elles montrent incontestablement que plus il y a de soignants, plus la qualité des services est optimisée (Harrington *et al.*, 2000 ; Bostick *et al.*, 2006 ; Decker, 2008 ; Schnelle *et al.*, 2004). Ce constat est encore plus pertinent lorsque des infirmières et des infirmières auxiliaires sont en poste (Bostick *et al.*, 2006). Cependant, le nombre d'infirmières a un effet plus important sur la qualité des soins que le nombre d'infirmières auxiliaires (Decker



© Patrick Landmann / Science Photo Library

*et al.*, 2008 ; Kim *et al.*, 2009b). Ainsi, ajouter d'autres types d'employés pour contrebalancer une diminution du nombre d'infirmières ne permet pas de maintenir une aussi bonne qualité de soins.

Une autre étude longitudinale impliquant 411 CHSLD sur une période de cinq ans confirme que le nombre d'infirmières est directement lié à la qualité des soins (Kim *et al.*, 2009a). Chaque infirmière ajoutée à l'équipe entraîne une amélioration de la qualité

des soins, particulièrement dans les CHSLD où il y a peu d'infirmières. Un minimum d'infirmières est requis dans chaque unité pour assurer une bonne qualité de soins (Decker *et al.*, 2008 ; Bliesmer *et al.*, 1998). Même si elles ne peuvent remplacer les infirmières, les infirmières auxiliaires peuvent toutefois leur offrir un bon soutien. Kim et ses collègues (2009b) ont démontré que plus il y a d'infirmières auxiliaires en poste pour soutenir les infirmières, moins

**Tableau 1** Proposition de ratios

Profession	Jour	Soir	Nuit
<b>Infirmière-chef d'équipe</b>	1 pour 25 à 32 résidents	1 pour 50 à 64 résidents	1 pour 75 à 96 résidents
<b>Infirmière auxiliaire</b>	1 pour 25 à 32 résidents	1 pour 25 à 32 résidents	1 pour 32 à 40 résidents
<b>PAB</b>	1 pour 6 à 7 résidents	1 pour 10 à 15 résidents	1 pour 32 à 50 résidents

Source : Voyer, 2013.

## Encadré 1 L'étude

**Objectifs :** 1. Dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, évaluer la répartition du temps infirmier dans les unités de soins. 2. Évaluer l'impact des ratios personnel/résidents sur le temps infirmier consacré aux soins infirmiers.

**Trois questions de recherche :** 1. Quelle est la répartition du temps infirmier pendant un quart de travail de jour dans un CHSLD ? 2. Quel est l'impact des différents ratios des autres membres de l'équipe soignante sur la répartition du temps infirmier ? 3. Quel serait l'impact sur les soins d'ajouter une infirmière à l'équipe soignante ?

**Méthode :** Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle (Fortin *et al.*, 2006). La collecte des données s'est effectuée sur une période de trois mois, de mai à juillet 2014.

**Échantillon :** L'équipe de recherche a observé 31 infirmières dans leur unité de soins respective pendant un quart de travail de jour. La journée d'observation n'a pas eu lieu durant la fin de semaine afin d'assurer une meilleure comparabilité des journées observées. Les infirmières devaient travailler dans une unité de soins et être employées de l'un des cinq centres participants. Aucune infirmière d'agence n'a donc été observée.

Des conseillères cliniciennes ont procédé au recrutement et agi comme facilitatrices. Elles ont préparé le milieu à l'arrivée de l'observatrice qui était une infirmière stagiaire de recherche ne travaillant pas dans les CHSLD observés. Les 31 journées d'observation se sont déroulées au Québec.

**Instrument de mesure :** Afin de pouvoir décrire et répartir le temps des infirmières, la communauté de pratique a créé un outil de collecte des données qui regroupe les différentes fonctions que les infirmières peuvent accomplir dans le cadre de leur travail. Elles sont classées en six catégories : 1. Fonction administrative ; 2. Fonction de leader clinique ; 3. Fonction d'évaluation, de surveillance et de suivi ; 4. Fonction de soins techniques ; 5. Fonction de soins d'assistance ; 6. Fonction d'entretien ménager.

Chacune de ces catégories comprend plusieurs activités qui lui sont propres. La grille de collecte a cependant été complétée pour y intégrer la totalité des activités exercées par les infirmières, dont celles qui n'y figuraient pas avant l'observation. Les ajouts ont été classés dans l'une ou l'autre des catégories selon la nature de la tâche. La durée de chacune des activités était mesurée à l'aide d'un chronomètre.

Après chaque journée, l'observatrice a rencontré l'infirmière participante pour recueillir ses commentaires sur la répartition de son temps de travail. Elle lui demandait aussi ce qu'elle aurait pu réaliser de plus si elle avait été accompagnée par une autre infirmière.

**Plan d'analyse :** Les ratios intervenants/résidents présentés dans cet article ont été décrits à l'aide de moyennes et d'écart-types. Deux modélisations ont été réalisées pour évaluer les différences dans la répartition du temps de travail selon les unités de soins. Tout d'abord, un modèle d'ANOVA a été construit pour tester et quantifier ces différences. Puis, compte tenu de la faible taille de l'échantillonnage, les différences ont été testées à l'aide d'une analyse de Kruskal-Wallis, une approche non paramétrique. Enfin, pour assurer la validité des inférences, les différences de temps accordé par activité ont été considérées comme statistiquement significatives lorsque les deux tests (ANOVA et Kruskal-Wallis) indiquaient la même tendance.

il y a d'erreurs graves dans la prestation de soins. De plus, une bonne collaboration entre les membres de l'équipe de soins (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires [PAB]) et un nombre adéquat de chacun des types d'intervenants permettent d'augmenter la qualité des soins.

Des études montrent aussi qu'en centre d'hébergement, le nombre d'heures qu'une infirmière peut consacrer en soins directs dépend de l'état de santé des résidents (Bostick *et al.*, 2006). S'ils présentent des maladies complexes, par exemple des troubles cognitifs importants, un suivi infirmier de qualité prendra plus de temps.

Il y a quelques années, des ratios ont été proposés pour les centres d'hébergement. Ils se basaient sur la littérature scientifique, sur les ratios des centres où la qualité des soins était reconnue comme excellente et sur

l'analyse des ratios en vigueur dans des centres d'hébergement de quatre régions québécoises (voir Tableau 1).

Cette proposition ne se veut pas un cadre de référence normatif mais plutôt un gabarit qui pourra inspirer le modèle organisationnel des établissements. Ces ratios peuvent s'appliquer dans des milieux où les infirmières ne donnent aucuns soins d'assistance et auxiliaires. L'infirmière auxiliaire, quant à elle, ne doit donner que très peu de soins d'assistance, soit dans une proportion de 30 % ou moins de sa charge de travail. Autrement dit, ces ratios ne sont applicables que dans les milieux où l'infirmière est bien soutenue par son équipe et où elle est en mesure d'exercer pleinement ses activités réservées (Voyer et Cyr, 2011).

Il faut préciser qu'un poste d'infirmière dans une unité de soins ne signifie pas nécessairement que cette personne

donne des soins infirmiers à temps plein. Dans une précédente étude portant sur des unités observées en 2004, seul 20 % du temps de travail infirmier était consacré à des activités directement liées à des rôles et responsabilités de l'infirmière (Voyer *et al.*, 2007). Les ratios ne peuvent donc pas servir à quantifier les soins infirmiers donnés. Cette divergence influence dès lors l'évaluation de la contribution propre de la profession infirmière dans les unités.

Peu d'études québécoises ont analysé les modèles organisationnels pour évaluer si les compétences et le temps des infirmières étaient utilisés de façon optimale. En 2009, une étude révélait que 45 % du temps infirmier était consacré à des fonctions liées à leur champ d'exercice et à leurs compétences professionnelles (Voyer *et al.*, 2013). Cinq ans plus tard, la communauté de pratique a voulu réévaluer la situation afin d'examiner si l'utilisation du temps infirmier s'était améliorée.

### Résultats

#### Les ratios

Dans les CHSLD participants, le ratio moyen de jour d'une infirmière est de 32 résidents (moyenne 32,4 [écart-type de 9] étendue : 14 à 50), celui d'une infirmière auxiliaire est de 19 et celui d'un PAB de 8.

#### Répartition du temps de travail

Le pourcentage du temps de travail consacré aux différentes catégories d'activités est détaillé dans le Tableau 2. Il montre que 54 % de ce temps est consacré à des activités proprement infirmières, soit celles liées au rôle de leader clinique ou à l'évaluation et au suivi.

Une portion de 46 % est consacrée à des activités qui ne sollicitent pas un niveau d'expertise infirmière, par exemple des soins techniques qui peuvent être donnés par une infirmière auxiliaire, des soins d'assistance qui peuvent être exécutés par un PAB, ou encore des tâches d'entretien ménager, des activités administratives ou fonctionnelles. Les activités administratives sont celles qui occupent la plus grande proportion du temps (18 %) que consacre une infirmière à des fonctions qui pourraient relever d'une personne possédant un autre type de formation.

Chacune des six catégories comprend un sous-groupe d'activités observées pendant la collecte de données. Les plus fréquemment observées sont présentées dans le Tableau 3. On y voit le pourcentage de la journée de travail de l'infirmière consacré à ces activités.

Les trois activités les plus fréquentes dans la catégorie *leader clinique* représentent 12 % du temps de travail infirmier, 11 % pour celles de la catégorie *évaluation et suivi*. Les catégories obtenant les plus faibles proportions sont celles liées aux *soins techniques* et à l'*entretien ménager*.

Toujours dans le Tableau 3, deux activités requièrent une explication : la *préparation* et la *distribution des médicaments*. Ensemble, elles occupent en moyenne 3 % du temps. Il faut ici préciser des écarts importants entre les milieux de travail. Dans la majorité d'entre eux, aucune ou peu d'activités exercées par les infirmières n'entraînent dans la catégorie *soins techniques*. Par contre, lors d'une journée d'observation dans un centre d'hébergement, une infirmière a consacré 59 minutes à la *préparation des médicaments* et 79 minutes à la *distribution de médicaments*.

Dans la catégorie *activités administratives*, certaines sont pratiquées moins fréquemment, par exemple une participation à une réunion non clinique. Mais lorsque ces activités surviennent, elles occupent en moyenne 45 minutes du temps de travail.

#### Le nombre de résidents

Le deuxième objectif de cette étude était d'évaluer l'impact des ratios personnel/résidents sur la répartition du temps des infirmières. Nos résultats indiquent que le pourcentage de temps attribué à une activité ne varie pas selon le nombre de résidents dont les infirmières sont responsables. En effet, les pourcentages de temps consacrés à chacune des catégories d'activités ne sont pas statistiquement différents (voir Tableau 4).

#### Infirmières auxiliaires, PAB et soutien

L'analyse des ratios et la répartition du temps de travail ont aussi tenu compte du soutien que reçoivent les infirmières. Ainsi, les résultats montrent un lien entre le nombre d'infirmières auxiliaires présentes dans l'unité de soins et le temps consacré aux soins techniques par les infirmières. Ainsi, s'il y a une seule infirmière auxiliaire, le temps que l'infirmière accorde aux soins techniques est augmenté de façon significative (voir Tableau 5).

Le nombre de PAB dans les unités de soins influence le temps consacré par les infirmières aux activités administratives. L'analyse de Kruskal-Wallis confirme le résultat du test d'ANOVA. Ainsi, la présence de sept PAB ou plus dans une unité de soins permet une diminution

**Tableau 2** Pourcentages du temps de travail consacré aux diverses catégories d'activités

Catégories	Fréquence moyenne de réalisation des activités	Temps moyen pour réaliser une tâche	Moyenne du temps passé à exercer les activités de cette catégorie	Pourcentage du temps de travail alloué par rapport au total du temps travaillé	Vision globale de l'utilisation optimale du temps infirmier
Activités leader clinique	49	2 min 2 s	1 h 22 min 2 s	22 %	54 %
Évaluation et suivi	74	1 min 59 s	2 h 19 min 29 s	32 %	
Soins techniques	21	1 min 50 s	36 min 51 s	8 %	46 %
Activités administratives	48	1 min 43 s	1 h 20 min 13 s	18 %	
Soins d'assistance	13	2 min 20 s	30 min 17 s	7 %	
Entretien ménager	6	1 min	8 min 1 s	2 %	
Activités fonctionnelles			17 min 12 s	4 %	
Temps non attribué				7 %	

Ce tableau présente les pourcentages du temps de travail infirmier consacré à diverses catégories d'activités. Dans les colonnes de gauche, sont indiqués la fréquence moyenne de réalisation des activités et le temps infirmier moyen consacré à chacune des catégories d'activités. Dans les colonnes de droite, on voit le pourcentage que ces plages horaires représentent par rapport à l'ensemble du temps travaillé. Les cellules orange montrent des activités qui devraient normalement être exercées par une infirmière auxiliaire, un PAB ou un autre membre de l'équipe de soins. Les cellules bleues représentent les activités qui, au contraire, font partie des responsabilités infirmières.

**Tableau 3** Activités le plus souvent recensées dans chaque catégorie

Catégorie d'activités	Activités spécifiques les plus fréquemment accomplies	Pourcentage du temps de travail quotidien
Activités leader clinique	Échanger avec un membre de l'équipe de soins	6 %
	Échanger avec un membre de l'équipe interdisciplinaire	4 %
	Participer à une réunion interdisciplinaire	2 %
Activités d'évaluation, de surveillance clinique et de suivi	Rédiger des notes au dossier ou compléter le PTI	5 %
	Consulter le dossier d'un résident	2 %
	Donner/recevoir un rapport verbal	4 %
Soins techniques	Préparer les médicaments	2 %
	Distribuer des médicaments	1 %
Activités administratives	Répondre à des demandes non cliniques	3 %
	Répondre à des appels téléphoniques non cliniques	2 %
	Exercer des activités de secrétariat	3 %
Soins d'assistance	Donner une aide à l'alimentation	4 %
	Participer à la mobilisation d'une personne	2 %
	Participer aux soins d'hygiène	0,3 %
Entretien ménager	Faire le ménage du poste des infirmières	0,6 %
	Faire le ménage des papiers	0,3 %
	Réparer des fournitures	0,1 %
Activités fonctionnelles	Avoir une discussion non clinique	3 %
	Ranger ou chercher du matériel de soins	2 %
	Se déplacer dans l'unité ou à l'intérieur de l'immeuble (ou de l'établissement)	2 %
Temps non attribué	Temps non comptabilisé entre deux activités	7 %

importante des activités administratives accomplies par les infirmières.

Enfin, au moment de la collecte de données, une des unités de soins disposait d'un commis, une deuxième d'un agent de sécurité et une troisième, d'une secrétaire. L'impact de ce personnel de soutien atypique n'est pas significatif sur

la répartition du temps infirmier d'autant plus que ce type d'aide est rare.

**Soutien de l'infirmière**

Selon cette étude, 46 % du temps de travail de l'infirmière est consacré à une activité autre que celles qui requièrent une infirmière. La communauté de

pratique a vérifié quelles seraient les activités que les participantes pourraient accomplir si elles étaient appuyées par une autre infirmière. L'observatrice leur posait la question suivante : « Si vous aviez eu une infirmière de plus avec vous aujourd'hui, qu'auriez-vous été en mesure de faire de plus ? » Les réponses sont présentées dans le Tableau 7.

En moyenne, elles ont évoqué 5,12 activités, certaines jusqu'à 16. Dans l'ensemble, l'appui d'une autre infirmière leur aurait permis de consacrer plus de temps à une quarantaine d'activités.

Dans une très forte proportion (76 %), elles ont énuméré des activités d'évaluation clinique, telles que l'examen d'un résident, l'examen buccodentaire ou l'évaluation de la dysphagie. Près de deux tiers (62 %) auraient pu exercer des activités liées à la documentation des soins et à la mise à jour du PTI. Dans cette catégorie, il a été question de mise à jour des plans d'intervention et du contenu des PTI, de même que du suivi des admissions.

Par ailleurs, quatre participantes ont indiqué que le ratio en vigueur dans leur unité était suffisant. Quatre ont mentionné qu'elles ressentaient de la fatigue à cause d'un rythme de travail trop exigeant. Enfin, quatre ont affirmé qu'elles n'avaient pas besoin qu'une autre infirmière se joigne à leur unité, mais qu'elles voyaient davantage l'utilité d'ajouter un autre type d'intervenant, soit une infirmière auxiliaire, un PAB ou une secrétaire.

**Discussion**

**Ratio d'infirmières ne signifie pas ratio de soins infirmiers**

Cette étude descriptive montre qu'une infirmière consacre 46 % de son temps à d'autres activités que ses activités professionnelles. Les résultats soulignent le manque d'adéquation entre les ratios et les soins infirmiers réellement donnés aux résidents. Soins techniques, soins d'assistance, entretien ménager, activités administratives ou fonctionnelles occupent près de la moitié du temps des infirmières. Ces activités pourraient être accomplies par d'autres membres du personnel : infirmières auxiliaires, PAB, adjointes administratives. Ainsi, 8 % de la charge de travail d'une infirmière pourrait être accomplie par une infirmière auxiliaire. À elles seules, les tâches administratives représentent la plus forte proportion de temps infirmier (18 %) consacré à des activités qui pourraient être exercées par une personne ayant un autre type de formation.

**Tableau 4** Pourcentage du temps consacré à chacune des catégories d'activités en fonction du nombre de résidents sous la responsabilité de l'infirmière

Regroupement A	Activités leader clinique	Activités d'évaluation	Soins techniques	Activités administratives	Soins d'assistance	Tâche d'entretien ménager
Unité ≤ 29 résidents (n=11)	26 %	29 %	8 %	18 %	9 %	1 %
Unité de 30 à 34 résidents (n=11)	18 %	35 %	7 %	21 %	5 %	2 %
Unité ≥35 résidents (n=9)	22 %	32 %	10 %	16 %	7 %	2 %
Test d'ANOVA	0,1771	0,3305	0,8398	0,3352	0,1865	0,1830
Test de Kruskal-Wallis	0,1849	0,1870	0,0762	0,4500	0,1849	0,3233

Le regroupement A rassemble les milieux où les nombres de résidents sont à peu près équivalents.

Pourcentage du temps consacré à chacune des catégories d'activités en fonction du nombre de résidents

Regroupement B	Activités leader clinique	Activités d'évaluation	Soins techniques	Activités administratives	Soins d'assistance	Tâche d'entretien ménager
Unité ≤ 26 résidents (n=7)	25 %	29 %	11 %	17 %	10 %	1 %
Unité de 27 à 36 résidents (n=16)	20 %	33 %	6 %	21 %	6 %	2 %
Unité ≥37 résidents (n=8)	23 %	33 %	10 %	14 %	6 %	2 %
Test d'ANOVA	0,3553	0,6420	0,4021	0,0805	0,2969	0,3262
Test de Kruskal-Wallis	0,3678	0,6243	0,0637	0,1552	0,1823	0,2353

Le regroupement B rassemble les milieux où les nombres de résidents diffèrent substantiellement.

**Tableau 5** Pourcentage de temps consacré à chaque catégorie d'activités selon le nombre d'infirmières auxiliaires

Nombre d'infirmières auxiliaires dans l'unité de soins	Activités leader clinique	Activités d'évaluation	Soins techniques	Activités administratives	Soins d'assistance	Tâche d'entretien ménager
Une infirmière auxiliaire (n=7)	25 %	28 %	17 %	14 %	8 %	4 %
Deux infirmières auxiliaires (n=20)	21 %	33 %	5 %	20 %	7 %	2 %
Trois infirmières auxiliaires (n=4)	24 %	34 %	8 %	17 %	4 %	1 %
Test d'ANOVA	0,5252	0,4859	***0,0021	0,2214	0,4847	0,0996
Test de Kruskal-Wallis	0,4123	0,6416	***0,0213	0,2539	0,3549	0,0608

Note : Les trois astérisques (\*\*\*) indiquent des différences significatives.

Dans notre communauté de pratique, l'importance des tâches administratives quotidiennes est l'un des irritants le plus souvent évoqués par les infirmières. Un grand nombre d'entre elles ont choisi d'être infirmières pour prendre soin des autres et considèrent donc que ces tâches dénaturent le rôle infirmier. Cette étude révèle pourtant qu'un cinquième de leur journée est consacré à ce type d'activités.

#### Les ratios

Une analyse rapide pourrait laisser croire que les propositions de ratios (Tableau 1) ont été respectées dans les unités de soins observés, le ratio moyen d'infirmières dans les équipes de jour étant d'une infirmière pour 32 résidents.

**Tableau 6** Pourcentage de temps consacré à chaque catégorie d'activités selon le nombre de préposés aux bénéficiaires (PAB)

Nombre de préposés aux bénéficiaires (PAB)	Activités leader clinique	Activités d'évaluation	Soins techniques	Activités administratives	Soins d'assistance	Tâche d'entretien ménager
Unité comprenant 4 PAB ou plus (n=13)	24 %	29 %	9 %	18 %	7 %	2 %
Unité comprenant de 4 à 6 PAB (n=13)	19 %	35 %	6 %	22 %	8 %	1 %
Unité comprenant 7 PAB ou plus (n=5)	24 %	33 %	12 %	10 %	5 %	2 %
Test d'ANOVA	0,3986	0,2854	0,2782	***0,0207	0,5638	0,5051
Test de Kruskal-Wallis	0,2269	0,0443	0,1997	***0,0139	0,4036	0,5123

Note : Les trois astérisques (\*\*\*) indiquent des différences significatives.

**Tableau 7** Impact d'une infirmière supplémentaire sur les tâches possibles

Catégorie d'activités	% d'infirmières ayant indiqué cette activité – % (n)	Exemples de réponses
Évaluation clinique	76 % (22)	Examen d'un résident Examen buccodentaire Examen podologique Examen de l'abdomen Révision du SMAF Examens cliniques d'admission Évaluation de la mobilité d'un résident Évaluation de la dysphagie Évaluation de la dénutrition
Surveillance clinique	48 % (14)	Surveillance des plaies Surveillance d'un résident atteint de gastro-entérite Surveillance clinique d'un résident dont la pression artérielle est élevée Surveillance d'un cas de chute Surveillance d'un résident présentant un comportement agressif Examen du lever d'un résident Examen clinique de suivi pour MPOC Suivi avec la pharmacie
Usage optimal des médicaments	21 % (6)	Évaluation de la réponse à un nouveau traitement pour la céphalée Évaluation de la réponse à un nouveau traitement pour l'hypertension Examen du profil pharmacologique d'un résident pour mettre en évidence les effets secondaires potentiels
Programmes de prévention	41 % (12)	Surveillance de selles liquides pour un résident recevant des laxatifs Rappel à l'équipe soignante d'éléments liés à la prévention des infections Évaluation de l'efficacité d'un système Smart Suivi d'un programme de prévention des chutes Suivi d'un plan d'intervention pour l'errance Évaluation de l'utilisation de la marchette par un résident Vérification de la hauteur des lits
Gestion des risques	36 % (10)	Mise à jour de l'évaluation des risques Évaluation du risque de chute d'un résident Évaluation du risque de plaie d'un résident Communication à l'équipe de soins au sujet de la situation d'un résident
Documentation	62 % (18)	Mise à jour des plans d'intervention Mise à jour des connaissances Lecture du dossier d'un résident
Mise à jour du PTI	62 % (18)	Mise à jour du contenu des PTI Meilleur suivi d'une admission Révision des besoins prioritaires d'un résident
Autres	45 % (13)	Davantage de soins pour les résidents en soins palliatifs Préparation à une rencontre d'équipe ou à une réunion interdisciplinaire Gestion des problèmes entre les membres de l'équipe Enseignement aux résidents ou aux proches Lecture des notes internes

Mais en tenant compte de la répartition du temps infirmier dans les diverses activités (Tableau 2), on constate que pour offrir un ratio de X heures de soins infirmiers à Y résidents, il faudrait deux fois plus d'infirmières. En effet, puisque le nombre d'heures au cours desquelles les infirmières donnent effectivement des soins infirmiers ne représente que 54 % de leur temps, il faudrait donc deux infirmières pour produire 100 % de soins infirmiers. Ainsi, pour obtenir un ratio « réel » de 1 pour 32, il faudrait un ratio de 2 pour 32, ou 1 pour 16, ce qui correspond à doubler le nombre d'infirmières. Ces constats prouvent que les ratios ne suffisent pas à eux seuls à décrire la réalité des soins infirmiers dans une unité de soins.

Les ratios infirmière/résidents observés (écart-type de 9, étendue 1/14 à 1/50), pourraient évoquer une grande variabilité dans le temps infirmier consacré aux différentes activités. Mais les analyses indiquent que les pourcentages de temps consacrés aux différentes activités ne sont pas influencés par le nombre de résidents confiés à chaque infirmière. Cela nous permet de considérer que l'évaluation par les gestionnaires de la charge de travail dans les unités est bien adaptée à leur réalité. Ces résultats soutiennent l'idée qu'il n'existe pas de ratio idéal applicable à l'ensemble des unités de soins en CHSLD, mais qu'une logique idéale d'affectation du personnel prendrait en considération la qualité de l'environnement, les besoins des résidents, le niveau de formation du personnel et la charge de travail.

Par contre, dans les unités de soins où il n'y a qu'une infirmière auxiliaire, les infirmières consacrent beaucoup plus de temps aux soins techniques (Tableau 5). De même, la présence de quatre PAB ou moins augmente la charge d'activités administratives de l'infirmière et diminue le temps donné aux activités d'évaluation (Tableau 6). Ces résultats confirment l'importance d'un nombre adéquat d'infirmières auxiliaires et de PAB pour permettre aux infirmières d'assumer pleinement leurs fonctions.

### Ajout d'une infirmière

Après une journée d'observation, les infirmières n'ont eu aucune peine à répondre à l'observatrice qui leur demandait à quelles activités elles se consacraient si elles étaient appuyées par une autre infirmière. Cette longue liste d'activités indique qu'ajouter des infirmières ou leur enlever des activités « non infirmières » augmenterait le nombre d'heures de soins infirmiers et la qualité des soins.

Selon nous, les résultats indiquent que s'il existe effectivement une pénurie d'infirmières dans le réseau de la santé, il existe aussi une pénurie très significative de soins infirmiers dans les CHSLD. Bien que la situation se soit améliorée au cours des dix dernières années (Voyer, 2004), un écart important persiste entre ce que les ratios d'infirmières suggèrent et le temps réel consacré aux soins infirmiers aux résidents.

Cette étude montre aussi que les ratios proposés il y a quelques années fonctionnent. Elle souligne toutefois qu'ils doivent être adaptés aux particularités des clientèles et des unités de soins. Les infirmières ne consacrent qu'un peu plus de la moitié de leur temps à exercer des activités relevant de leur formation et de leur champ d'exercice. Cette situation ne peut qu'engendrer des conséquences fâcheuses, tant pour la qualité des soins et la sécurité des résidents que pour l'efficacité des équipes de soins. Les ressources devraient être utilisées de façon optimale en tenant compte de l'expertise de tous les groupes d'intervenants.

## Les auteurs

**Philippe Voyer** est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Il est responsable de la communauté de pratique sur les soins à l'âiné en centre d'hébergement et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

**Nancy Cyr** est conseillère cadre en soins infirmiers au CIUSSS de la Capitale-Nationale et professeure de clinique à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Elle est formatrice au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

**Marie-Claude Abran** est conseillère en soins au CHSLD Les Jardins du Haut Saint-Laurent et au CHSLD Côté-Jardins.

**Lise Bérubé** est conseillère en soins infirmiers au Centre d'hébergement Champlain-Chanoine-Audet du Groupe Champlain.

**Sylvie Côté** est conseillère cadre en soins infirmiers spécialisés - Clientèle SAPA au CISSS de Chaudière-Appalaches.

**Alain Coulombe** est directeur des soins infirmiers et des services professionnels aux appartements du Square Angus.

**Anik Desrochers** est conseillère à la direction scientifique de l'Ordre des infirmiers et infirmières du Québec.

**Charlène Joyal** est conseillère cadre en soins infirmiers au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

**Isabelle Jacques** est conseillère cadre en soins infirmiers spécialisés - clientèle médecine au CISSS de Chaudière-Appalaches.

**Valérie Lavoie** est chef d'unité de soins et services ambulatoires, Direction des soins infirmiers au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

**Priscilla Malenfant** est conseillère en soins infirmiers au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

**Karine Poirier** est conseillère cadre en soins infirmiers au CIUSSS de la Capitale-Nationale.

**Suzy Tremblay** est chef d'unité de vie au Centre d'hébergement Champlain-des-Montagnes du Groupe Champlain.

### Références

- Blesmer, M.M., M. Smayling, R.L. Kane et I. Shannon. « The relationship between nursing staffing levels and nursing home outcomes », *Journal of Aging and Health*, vol. 10, n° 3, août 1998, p. 351-371.
- Bostick, J.E., M.J. Rantz, M.K. Flesner et C.J. Riggs. « Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes », *Journal of the American Medical Directors Association*, vol. 7, n° 6, juill. 2006, p. 366-376.
- Decker, F.H. « The relationship of nursing staff to the hospitalization of nursing home residents », *Research in Nursing and Health*, vol. 31, n° 3, juin 2008, p. 238-251.
- Duffield, C., D. Diers, L. O'Brien-Pallas, C. Aisbett, M. Roche, M. King et al. « Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes », *Applied Nursing Research*, vol. 24, n° 4, nov. 2011, p. 244-255.
- Fortin, M.F., J. Côté et F. Filion. *Fondements et étapes du processus de recherche*, Montréal, Chenelière Éducation, 2006, 485 p.
- Harrington, C., C. Kovner, M. Mezey, J. Kayser-Jones, S. Burger, M. Mohler et al. « Experts recommend minimum nurse staffing standards for nursing facilities in the United States », *Gerontologist*, vol. 40, n° 1, févr. 2000, p. 5-16.
- Kim, H., C. Kovner, C. Harrington, W. Greene et M. Mezey. « A panel data analysis of the relationships of nursing home staffing levels and standards to regulatory deficiencies », *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, vol. 64, n° 2, mars 2009a, p. 269-278.
- Kim, H., C. Harrington et W.H. Greene. « Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: a longitudinal analysis », *Gerontologist*, vol. 49, n° 1, févr. 2009b, p. 81-90.
- Schnelle, J.F., S.F. Simmons, C. Harrington, M. Cadogan, E. Garcia et M. Bates-Jensen. « Relationship of nursing home staffing to quality of care », *Health Services Research*, vol. 39, n° 2, avril 2004, p. 225-250.
- Voyer, P. *Comment analyser les différents ratios en CHSLD ?* (Présentation devant les syndicats affiliés à la FIQ), Québec, 22 novembre 2013.
- Voyer, P., N. Cyr, A. Gaudreault et C. Viens. « Réorganiser les soins en milieu d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenants », *La Gérantoise*, vol. 24, n° 1, printemps 2013, p. 16-22. [En ligne : [https://www.aqiig.org/publications/Gerontoise\\_24\\_1.pdf](https://www.aqiig.org/publications/Gerontoise_24_1.pdf)]
- Voyer, P. et N. Cyr. *Importance de la formation pour l'application des ordonnances collectives* (Présentation au colloque CII-CIR de l'OIIQ), mai 2011.
- Voyer, P., A. Gaudreault, N. Cyr, D. Langlois, J. Gilbert et S. Coulombe. « Loi 90 et soins infirmiers en CHSLD : Résultats du projet de rehaussement des pratiques cliniques au CISSS de la Vieille-Capitale » (Présentation au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), Montréal, novembre 2007.
- Voyer, P. « Quand soigner requiert plus que de bonnes intentions: l'expertise de l'infirmière en CHSLD » (Présentation au congrès de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec), Montréal, novembre 2004.