

RAPPORT SUR LE PLAN DE
SERVICES INFIRMIERS DU
SECTEUR DES SOINS DE
LONGUE DURÉE
2008

Sara Lankshear, IA, Ph. D. (c)

Janet Rush, IA, Ph. D.

TABLE DES MATIÈRES

TITRES	PAGE
Remerciements	3
Sommaire du rapport	4
Comment utiliser et lire le présent rapport	5
Introduction	6
Résultats provinciaux	8
Section A : Description des installations et structure du leadership infirmier	8
Section B : Ressources humaines en soins infirmiers	11
Section C : Utilisation	14
Section D : Formation et orientation	17
Section E : Portée de l'autorité des gestionnaires	18
Section F : Enjeux et autres commentaires	21

Remerciements

Ce rapport a été financé par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario.

Cette étude a été généreusement financée par une subvention du gouvernement de l'Ontario. Les opinions exprimées dans le présent rapport ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement de l'Ontario.

Merci également à Sam Rush, adjoint à la recherche, de toute sa contribution aux différentes étapes du projet sur le plan de services infirmiers.

Le présent rapport appartenant au domaine public, son utilisation et sa réimpression n'exigent pas de permission spéciale. En cas de référence au Rapport sur le plan de services infirmiers du secteur hospitalier, la citation suivante doit être utilisée :

Lankshear, S. & Rush, J. (2010). Rapport sur le plan de services infirmiers du secteur hospitalier, 2008, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Toronto (Ontario).

Les questions ou commentaires sur le présent rapport peuvent être adressés à :

Sara Lankshear, IA, Ph. D. (c)
Chef de projet
Relevé Consulting Services
Courriel : sara@releveconsulting.ca
Téléphone : 705 533-0778

Référence : RFP#FFS-1997.01 Research and Development of the 2008 Nursing Plans

Date du rapport : Mai 2010

Sommaire du rapport

Le Rapport sur le plan de services infirmiers du secteur des soins de longue durée cherche à fournir aux infirmières-cadres principales et à leurs collègues une source d'information précieuse sur la situation actuelle des soins infirmiers dans leur organisme. Les indicateurs inclus dans le plan de services infirmiers du secteur des soins de longue durée, 2008, proviennent des consultations qui ont été menées auprès des directeurs des soins¹, ces derniers ayant exprimé le besoin d'avoir accès à d'autres données que celles sur les ressources humaines en soins infirmiers (p.ex., ETP et dénombrement des effectifs), et qui touchent à des secteurs importants, comme l'infrastructure du leadership

¹ N.D.T. Pour faciliter la lecture de ce document en français, tous les mots s'appliquant aux personnes, qu'ils soient employés au masculin ou au féminin, désignent aussi bien les femmes que les hommes, si le contexte s'y prête.

infirmier, l'accès à des rôles en pratique infirmière avancée, la portée de l'autorité des cadres et les stratégies pour répondre aux besoins en matière d'orientation et d'éducation du personnel infirmier d'aujourd'hui et de demain. On espère que cette large collecte de données permettra de mieux éclairer les stratégies actuelles et futures des soins infirmiers au niveau des organismes, des professions et de la province.

Lors de l'examen des présentations des plans de services infirmiers du secteur des soins de longue durée, 2008, trois secteurs, qui bénéficieraient qu'on y réfléchisse et qu'on engage un dialogue ouvert au sein du secteur des soins de longue durée, ainsi qu'avec les collègues du milieu de l'éducation, de la recherche et de la politique, ont été dégagés :

1. Recrutement et maintien du personnel infirmier (infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées) : la retraite imminente des infirmières en activité (pourcentage d'infirmières âgées de 55 ans et plus), ajoutée à l'érosion des effectifs des infirmières autorisées (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), par exemple, 10 % et 11 % respectivement, peuvent accentuer les problèmes importants au niveau de la prestation et de la gestion des soins aux résidents dans le secteur des soins de longue durée. Puisque le personnel infirmier autorisé (IA et IAA) comprend un pourcentage plus petit d'employés occupant des postes à temps plein et à temps partiel (p. ex., proportion d'employés autorisés par rapport au nombre de résidents), toute vacance peut avoir une incidence importante sur la prestation des soins et le fonctionnement de l'équipe. Un domaine d'intérêt éventuel concerne la présence croissante d'infirmières « retraitées » qui reprennent le travail. La nouvelle « cohorte » d'infirmières peut être une ressource précieuse dans des domaines comme la formation des nouveaux employés et des étudiants, la réalisation de projets et les postes temporaires.
2. Planification de la relève du leadership : La portée de l'autorité des cadres dans le secteur des soins de longue durée est de loin le domaine où les variations sont les plus importantes au niveau de la responsabilité (p. ex., dotation en personnel, formation, prévention des infections et entretien ménager). Parmi les 116 organismes inclus dans ce rapport, 31 % ont indiqué ne pas avoir de rôle « d'infirmière-cadre » au point de service. D'après ce qui est dit, l'absence de candidats internes et externes qualifiés représente un obstacle de taille à la planification de la relève pour les organismes de soins de longue durée.
3. Accès aux rôles en pratique infirmière avancée : D'après les résultats de l'enquête sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée menée en 2009 par le MSSLD, moins de 3 % des foyers de soins de longue durée ont des rôles en pratique infirmière avancée (p. ex., infirmières cliniciennes spécialisées, infirmières praticiennes). Parmi les 116 organismes de soins de longue durée qui ont présenté des plans de services infirmiers, 47 % ont accès à une infirmière enseignante et 14 % à leader en exercice professionnel. Du fait de la complexité croissante des soins dont les résidents ont besoin et de la forte proportion de soignants non réglementés, l'accès aux rôles en pratique infirmière avancée peut

être un soutien et une ressource précieuse pour les infirmières et infirmiers autorisés (IA et IAA) qui travaillent dans le secteur des soins de longue durée.

Le présent rapport contient les résultats de la première analyse qui a été effectuée. Il se peut que d'autres occasions de rassembler et d'analyser régulièrement des données sur ces points se présentent, ce qui permettrait de continuer à édifier une source de renseignements précieuse et aiderait à l'avenir à planifier et à prendre des décisions basées sur les preuves.

On encourage le personnel infirmier cadre à se servir de l'information présentée dans ce rapport pour entamer un dialogue sur les possibilités et les difficultés actuelles et futures de la profession infirmière dans les organismes particuliers et dans tout le milieu complexe des soins de santé.

Le document intitulé *Des femmes et des hommes au service des autres : Rapport de l'Examen indépendant des normes en matière de soins et de dotation en personnel pour les foyers de soins de longue durée en Ontario*, qui a été publié en 2008, comprenait une recommandation pour chaque foyer de soins de longue durée et leurs intervenants afin de déterminer des stratégies et un plan annuel de dotation en personnel pour la prestation de programmes de formation et de perfectionnement professionnel permanents aux employés réglementés et non réglementés qui fournissent des soins aux résidents.

Nous espérons que l'information donnée dans ce rapport vous sera utile pour tracer des plans d'avenir dans votre organisme et dans le secteur des soins de longue durée en général.

Comment utiliser et lire ce rapport

L'information présentée dans ce rapport porte sur *l'exercice financier 2008-2009*. Le rapport traite d'un vaste éventail de questions relatives aux ressources humaines en soins infirmiers, à la prestation des services et à la qualité de la vie au travail. Il vise non seulement à fournir des données qui s'avéreront utiles pour planifier, communiquer et prévoir les soins infirmiers, mais aussi pour circonscrire les soutiens de base connexes s'imposant pour dispenser les soins aux clients. Pour ce faire, l'information contenue dans le présent rapport offre divers points de vue sur la situation des services de soins infirmiers dans les établissements de soins de longue durée de l'Ontario. On encourage le personnel infirmier cadre à discuter abondamment du rapport et à étudier les possibilités et les difficultés actuelles et futures que présente, dans toute sa complexité, le milieu des soins de santé.

Sauf indication contraire, les données pour chaque sujet sont présentées sous forme de *notes moyennes*. Au-delà des notes moyennes, au besoin, des niveaux d'analyses supplémentaires sont présentés pour approfondir l'information concernant un sujet particulier. Remarque : Concernant la section B du plan de services infirmiers du secteur des soins de longue durée, à *l'endroit indiqué*, les résultats tiennent compte des résultats de l'enquête sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée menée en

2008 par le MSSLD. Cette information a été fournie par la Direction de l'analytique en matière de santé, MSSLD. Afin de réduire le double emploi, les organismes du secteur des soins de longue durée avaient l'option de « sauter » cette section du plan de services infirmiers. Une comparaison des résultats de la section B soumis dans les plans de services infirmiers avec les résultats de l'enquête sur la dotation en personnel indique que les « modèles » de plans de services infirmiers (nbre = 116) tiennent compte des résultats de l'enquête sur le personnel des foyers de soins de longue durée obtenus par le MSSLD (nbre = 546).

Données manquantes

Bien qu'un total de 99 soumissions aient été reçues, il y a de grandes variations dans la quantité de données manquantes dans les diverses sections du gabarit du plan de services infirmier. Le nombre de données manquantes sera indiqué tout au long du rapport.

Introduction

Le plan de services infirmiers a été mis en œuvre pour la première fois en 1999 à la suite des recommandations faites dans le Rapport d'étape du Groupe de travail sur les soins infirmiers, intitulé *De bons soins infirmiers, une bonne santé : un bon investissement pour le 21^e siècle*. Au départ, le plan de services infirmiers visait à recueillir des données concrètes sur la situation des services infirmiers dans chacun des secteurs suivants en Ontario : hôpitaux, soins de longue durée, centres de santé communautaire et bureaux de santé publique. Afin de s'assurer que les indicateurs rassemblés étaient adaptés au leadership infirmier, une série de consultations a été menée auprès des chefs de direction des soins infirmiers et d'autres infirmières-cadres principales. Le plan de services infirmiers du secteur des soins de longue durée a été mis en œuvre pour la première fois en 2006.

Le présent rapport contient les résultats des données tirées du plan de services infirmiers du secteur des soins de longue durée de 2008. Les organismes de soins de longue durée inclus dans cette édition des plans de services infirmiers comprennent les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province. Le tableau ci-dessous indique le nombre de plans de services infirmiers soumis par RLISS.

RLISS n°	Région des RLISS	Nombre de foyers de SLD qui ont présenté des plans de services infirmiers	% de plans de services infirmiers présentés au total
1	Érié St. Clair	7	7,1 %
2	Sud-Ouest	7	7,1 %
3	Waterloo Wellington	5	5,1 %
4	Hamilton Niagara Haldimand Brant	15	15,2 %
5	Centre-Ouest	1	1 %
6	Mississauga Halton	3	3 %
7	Toronto-Centre	13	13,1 %

RLISS n°	Région des RLISS	Nombre de foyers de SLD qui ont présenté des plans de services infirmiers	% de plans de services infirmiers présentés au total
8	Centre	4	4 %
9	Centre-Est	7	7,1 %
10	Sud-Est	7	7,1 %
11	Champlain	12	12,1 %
12	Simcoe-Nord Muskoka	2	2 %
13	Nord-Est	12	12,1 %
14	Nord-Ouest	4	4 %
	Total	99	100 %

Description des foyers de soins de longue durée

Le plan de services infirmiers a été distribué à tous les établissements de soins de longue durée (nbre = 546) en mars 2009, qui devaient fournir l'information sur les ressources humaines en soins infirmiers pour la **période comptable 2008**. En tout, **99** réponses ont été reçues, dont trois provenant d'organismes fusionnés représentant chacun 3, 4 et 10 établissements, pour un total de 116 organismes et de 21 % de l'ensemble des établissements de soins de longue durée.

Des données ont aussi été fournies par la Direction de l'analytique en matière de santé, MSSLD, notamment les résultats de l'enquête sur la dotation en personnel de 2008 (y compris des données sur les installations et les ressources humaines) pour **les 546 établissements**. Les sections A et B du rapport contiennent un sommaire de certains aspects de ces données.

Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS (version 16.0). Des statistiques descriptives et des distributions statistiques initiales ont été générées pour chaque élément. Pour améliorer la qualité des données, les éléments ayant une importante valeur aberrante ont été isolés et des demandes de précision ont été envoyées aux organismes pertinents.

RÉSULTATS PROVINCIAUX

Section A : Description des installations et structure du leadership infirmier

Nombre de lits et capacité des unités

Le présent rapport représente au total 16 698 lits de foyers de soins de longue durée. Le nombre moyen de lits par foyer est de 169 (écart-type : 269,8, fourchette : 12 à 2 612 lits). Le nombre moyen d'unités de soins dans un foyer est de 33 (écart-type : 13,08), une unité pouvant contenir jusqu'à 78 lits (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Lits et unités de soins						
Lits/lits par unité	Nbre	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
Nombre total de lits	99	12,00	2 612,00*	16 698,00	168,66	269,78
Nombre moyen de lits par unité	96	1,00	78,00		32,63	13,08

*Comprend les plans de services infirmiers soumis par plusieurs établissements

Données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) : Description des établissements (nbre = 546)

Des données décrivant les caractéristiques des établissements en termes de lits, d'occupation, de capacité de fonctionnement, de jours-résidents réels et d'indice de la charge de cas (ICC) moyen par établissement proviennent de la base de données 2008 du MSSLD (voir le tableau 2). Le nombre moyen de lits était inférieur aux chiffres de l'échantillon des répondants. Une surcapacité de 20 % est indiquée pour 2008.

- Nombre de lits accrédités : 69 515
- ICC moyen: 98 (écart-type : 16,13)

Tableau 2 : Données du MSSLD – Description des établissements						
Descripteur	Nbre	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
Lits accrédités	546	12,00	943,00	6 9515,00	127,31	77,922
Lits occupés	546	12,00	463,00	6 7690,00	123,97	68,23
Capacité de fonctionnement actuelle	546	,00	472,00	6 8402,00	125,27	69,46
Lits en suspens	546	,00	38,00	179,00	,32	2,54
Surcapacité de lits	546	,00	64,00	109,00	,19	2,83
Jours-résidents réels	546	1470,00	84351,00	12 196 019,00	22 337,03	12 388,35
ICC/Établissement	546	1.00	132.82	5 3512.62	98.00	16.13

Leadership infirmier

Pratiquement tous (98 %) les répondants ont indiqué avoir désigné un infirmier-cadre supérieur responsable des services infirmiers prodigués dans l'établissement. Les titres du leadership infirmier varient, mais ceux qui revenaient le plus souvent sont ceux de directeur des soins/soins aux résidents ou gestionnaire (voir le tableau 3). Trente-cinq pour cent des répondants ont indiqué que les **infirmières-cadres principales** ont un baccalauréat en sciences infirmières (B.Sc.Inf.) (écart-type : 39,3 %, fourchette : 0 - 100 %).

Les deux tiers environ (64,6 %) des infirmières-cadres principales relèvent d'un administrateur ou du chef de la direction (26.3 %). D'autres rapports hiérarchiques sont décrits : vice-président, conseil d'administration, directeur municipal, directeur (général, des SLD, des patients/services aux résidents, des services aux personnes âgées), gestionnaire et expert-conseil (d'une société de gestion).

Tableau 3 : Titres des infirmières occupant un poste de leadership infirmier	
Titre	Nbre
Directeur des soins/Directeur des soins aux résidents	78
Gestionnaire	11
Autres rôles mentionnés : directeur général des services aux résidents, vice-président clinique et des services aux résidents et infirmière en chef, infirmière en chef, administrateur, administrateur des soins aux résidents, administrateur/directeur des soins, adjoint au directeur des soins, directeurs des services infirmiers, gestionnaire adjoint, coordonnateur d'unité.	

Données du MSSLD (nbre = 546 établissements de SLD) : Données relatives à l'administration des soins infirmiers

Pour l'exercice 2008, le nombre de rôles administratifs en soins infirmiers classifiés en tant que directeur des soins, adjoint au directeur des soins/gestionnaire ou gestionnaire clinique pour les 546 établissements de soins de longue durée est indiqué au tableau 4.

Tableau 4 : Infirmières-cadres principales (Données du MSSLD – tous les établissements)						
Rôles classifiés en tant que...	Nbre*	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
Directeur des soins	510	0	3	543	1,06	,340
Adjoint au directeur des soins/Gestionnaire	238	0	6	325	1,37	,840
Gestionnaire clinique	35	0	3	37	1,04	,422

*Nbre total >546 en raison de classifications multiples utilisées par plusieurs établissements

Le plan de services infirmiers cherchait à savoir si les rôles des infirmières-cadres principales comprenaient aussi des responsabilités administratives. Environ un tiers et trois quart des infirmières-cadres principales s'occupent de la prévention des infections et de la formation respectivement, et environ un tiers s'occupe des finances et du service de la paie. Elles assument aussi diverses autres responsabilités (voir le tableau 5).

Tableau 5 : Responsabilités relevant des infirmières-cadres principales		
Responsabilités relevant des infirmières-cadres principales	Nbre	%
Prévention des infections	61	62,9
Formation	70	72,2
Finances	37	37,8
Service de la paie	31	32,3
Autres responsabilités : ressources humaines (contrats, évaluation du rendement, recrutement/maintien en poste, gestion des présences; qualité et risque; programmes spéciaux de soins infirmiers (soin des plaies de pression, contention, gestion des comportements); observation; remplacement pendant les congés annuels (administrateur); facturation des résidents; dossiers médicaux, agent de la protection de la vie privée; planification en vue d'une pandémie; rapports; coordination du RAI-MDS; responsable de l'accréditation; commande des fournitures; perfectionnement du personnel.		

Autres fonctions infirmières appuyant les soins cliniques

On a demandé aux répondants de répondre par oui ou par non à la question de savoir si « d'autres » infirmières s'occupaient de soins cliniques dans leur établissement. Le tableau 6 indique la fréquence des réponses affirmatives (« oui »). Les fonctions prédominantes sous « autres » sont celles de coordonnateur du RAI-MDS, d'infirmières responsables de la prévention des infections et d'infirmières assumant des fonctions de gestion et de coordination.

Tableau 6 : Autres fonctions de soutien assumées dans l'établissement de SLD		
Autres fonctions de soutien	Nbre	%
Infirmière enseignante	46	47,2
Adjoint au directeur des soins	38	39,2
Coordonnateur des soins	31	31,6
Leader en exercice professionnel	14	14,4
Autres fonctions de soutien : coordonnateur du RAI-MDS, prévention des infections, gestionnaire (coordonnateur, leader clinique [infirmière auxiliaire autorisée (IAA)], infirmière responsable), informaticien, directeur des soins, infirmière en santé du travail, coordonnateur « retraité », IAA en pratiques exemplaires, leader en exercice professionnel, infirmière en pratique clinique.		

Données du MSSLD : Rôles en pratique avancée (classifiés pour tous les établissements de SLD)

Les rôles classifiés et signalés comme infirmières cliniciennes spécialisées (ICS)/infirmière clinicienne et infirmière praticienne (IP) par quelques établissements de SLD (dans la colonne « Nbre ») sont indiqués au tableau 7.

Tableau 7 : Rôles en pratique avancée par classification, par ensemble de données du MSSLD					
Rôles classifiés pour le MSSLD comme...	Nbre	Dénom- brement des effectifs - moyenne	Écart-type	Nombre total d'heures - moyenne	Écart-type
ICS/Infirmière clinicienne : temps plein	15	0,79	0,56	1350,2	807,85
ICS/Infirmière clinicienne : temps partiel	16	1,0	0,35	698,8	711,71
ICS/Infirmière clinicienne : *achat de services	3	0,00	0,00	582,66	480,13
ICS/Infirmière clinicienne : heures occasionnelles	34	0,82	0,51	975,92	797,53
IP : temps plein	11	0,71	0,36	876,7	575,51
IP : temps partiel	7	1	-	609,42	201,92
IP : achat de services	3	00	00	1200,3	762,39
IP : heures occasionnelles	1	0,4	-	192,00	-

**Achat de services externes, personnel non employé par l'établissement de SLD.*

Section B : Ressources humaines en soins infirmiers

Le tableau 8 présente les données du MSSLD (nombres moyens d'employés et nombre total moyen d'heures) pour les rôles classifiés dans les diverses catégories de soignants, par nombre d'établissements classifiant les employés dans les rôles respectifs.

Données du MSSLD concernant les rôles classifiés pour les catégories de soignants

Tableau 8 : Données concernant les soignants (tous les établissements de SLD)					
Rôles classifiés comme...	Nbre (pour chaque catégorie)	Dénombrement des effectifs - moyenne	Écart-type	Nombre total d'heures - moyenne	Écart-type
Infirmière autorisée (IA) : temps plein	511	4,3	3,6	6640,02	4042,06
IA : temps partiel	523	5,8	4,03	4732,92	2967,80
IA : *achat de services	124	00	00	831	1051
IA : à l'occasion	240	3,8	2,99	1554,43	1480,09
Infirmière auxiliaire autorisée (IAA) : temps plein	510	7,4	6,2	11181,36	9274,06
IAA : temps partiel	513	8,1	7,18	6995,9	8601,91
IAA : *achat de services	127	00	00	1546,98	2154,63
IAA : heures occasionnelles	202	5,59	5,3	3073,49	4362,09
Préposé aux soins : temps plein	147	14,3	14,29	22411,44	22258,93
Préposé aux soins : temps partiel	155	17,12	18,68	17929,67	21063,50
Préposé aux soins : *achat de services	4	00	00	872,75	1039,89
Préposé aux soins : heures occasionnelles	45	7,4	8,3	3595,1	4564,47
Préposé aux services de soutien à la personne (PSSP) : temps plein	479	25.75	18.26	39664.6	31809.88
PSSP : temps partiel	500	35.7	22.64	34073.7	21743.21
PSSP : *achat de services	133	00	00	1053.38	3356.09
PSSP : heures occasionnelles	201	14.3	12.6	8360.40	11850.34
<i>*Achat de services, personnel non employé par l'établissement de SLD</i>					

Caractéristiques des infirmières autorisées (IA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA)

Selon les données des répondants, l'âge moyen des infirmières autorisées (IA) est supérieur d'environ huit ans à celui des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). L'âge moyen des soignants non réglementés (SNR) est plus proche de celui des IAA. Environ un tiers des IA ont indiqué avoir plus de 55 ans, cependant environ 17 % des IAA et SNR en fin de carrière ont à peu près le même âge (voir le tableau 9). Le pourcentage moyen d'IA ayant un B.Sc.Inf. est de 9 %.

Tableau 9 : Caractéristiques des IA, IAA, SNR			
Caractéristiques des IA, IAA, SNR	Pourcentage moyen	Écart-type	Fourchette en %
Âge moyen : IA	49,31	4,80	30 - 60 %
Pourcentage d'IA >55 ans	33,27 %	21,01	0 - 100 %
Pourcentage d'IA ayant un B.Sc.Inf.	9,4	3,16	0 - 50 %
Âge moyen : IAA	41,7	5,36	28 - 58 %
Pourcentage d'IAA >55 ans	17,3 %	14,94	0 - 71,4 %
Âge moyen : SNR	42,9	6,00	20 - 53 %
Pourcentage de SNR >55 ans	17,5 %	14,09	0 - 82,5 %

Partage de postes

Seulement 20 foyers de soins de longue durée (**20,4 %**) ont déclaré qu'ils avaient des postes partagés, soit deux employés à temps partiel partageant un poste équivalent temps plein à l'horaire.

Élèves-infirmières et nouveaux diplômés

Les établissements de soins de longue durée offrent une expérience intéressante pour la pratique clinique aux élèves qui suivent un programme de baccalauréat et de formation pratique en sciences infirmières. On a posé aux organismes diverses questions sur la présence et le nombre d'élèves (élèves en stage qui suivent une formation individuelle ou en groupe) et sur des sujets relatifs au nombre d'élèves, aux besoins organisationnels et à d'autres préoccupations.

Soixante-quinze (pourcentage valide : 80,6 %) des établissements ont indiqué avoir reçu des élèves dans leurs unités et programmes. Le nombre d'élèves dans les établissements répondants est indiqué au tableau 10.

Tableau 10 : Nombres d'élèves						
Nombres d'élèves	Nbre	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
Nombre total d'élèves-infirmières (B.Sc.Inf.)	90	0,00	158,00	819,00	9,10	24,25
Nombre total d'élèves-infirmières auxiliaires	91	0,00	200,00	1033,00	11,35	25,94
Nombre total d'élèves-infirmières (B.Sc.Inf.) en stage de consolidation/pratique	85	0,00	19,00	93,00	1,09	3,17964

D'après le nombre total de stages de consolidation (93), cela équivaudrait à *environ 5,3 postes infirmiers ETP d'appui direct « en nature » sous forme de préceptorat* dans les 116 organismes représentés dans le présent rapport. Ce calcul est fondé sur les hypothèses suivantes : stage de six semaines nécessitant un appui direct sous forme de préceptorat (maximum de 112 heures/de stage) x 93 stages / 1 950 heures.

Problèmes décelés

- **80,6 %** établissements aimeraient avoir **plus d'élèves-infirmières**; 2 % préféreraient en avoir **moins**.
- 54 % ont déclaré avoir besoin de plus de personnel pour jouer un rôle de **préceptorat**.
- 16 organismes (16,3 %) estiment être **trop loin** des écoles des sciences infirmières.
- 37 organismes (38,1 %) ont indiqué ne **pas avoir reçu de demandes** de placement d'élèves-infirmières.
- 36 organismes (65,6 %) ont indiqué avoir besoin de plus de **programmes de préceptorat constitués**.
- Quelques autres commentaires à propos des élèves :
 - aimeraient plus d'élèves bilingues.
 - il faudrait encourager les élèves à terminer leur formation pratique dans le Nord.
 - aimeraient attirer plus d'élèves-infirmières autorisée.;
 - souhaiteraient avoir des élèves-PSSP; le placement des élèves-PSSP ne pose pas de problème.
 - difficulté à recruter des IAA dans des rôles de préceptorat (le collège offre un programme d'une demi-journée).

Nouvelles diplômées

On a demandé aux organismes le nombre de nouvelles diplômées et la classification de leur rôle à temps plein; la majorité a fourni des données (voir le tableau 11).

- **32 % des IA nouvellement diplômées ont été embauchées dans un poste à temps plein.**
- **37 % des IAA nouvellement diplômées ont été embauchées dans un poste à temps plein.**

Tableau 11 : IA et IAA nouvellement diplômées embauchées						
Nouvelles diplômées	Nbre	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
IA nouvellement diplômées embauchées	95	,00	10,00	31,00	,32	1,16
IA nouvellement diplômées embauchées dans un poste permanent à temps plein	94	,00	2,00	10,00	,10	,40
IAA nouvellement diplômées embauchées	95	,00	12,00	148,00	1,55	2,09
IAA nouvellement diplômées embauchées dans un poste permanent à temps plein	93	,00	4,00	35,00	,37	,79

Section C : Utilisation

Heures budgétées et travaillées, heures d'agences, heures occasionnelles et supplémentaires

Le tableau 12 indique les heures budgétées et travaillées dans les établissements qui ont participé à l'enquête sur les services infirmiers.

Tableau 12 : Heures budgétées et travaillées, heures d'agences, heures occasionnelles et supplémentaires						
	Nbre	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
Nombre total d'heures budgétées : IA	90	272,00	713440,00	2061345,07	22903,83	75003,25
Nombre total d'heures travaillées : IA	90	232,00	713440,00	2028983,53	22544,26	75017,02
Nombre total d'heures budgétées : IAA	88	0,00	480480,00	2496715,16	28371,76	52323,25
Nombre total d'heures travaillées : IAA	86	0,00	480480,00	2426055,22	28209,94	53147,44
Heures occasionnelles : IA	85	0,00	176800,00	231107,02	2718,90	19132,44
Heures occasionnelles : IAA	85	0,00	303680,00	403918,65	4751,98	32878,79
Heures occasionnelles : SNR	81	0,00	30751,00	245824,87	3034,87	5361,32

Ratio employés réglementés-résidents et heures de soins/jours-résidents

On a demandé aux répondants d'indiquer le pourcentage d'employés réglementés (IA ou IAA qui prodiguent des soins) par rapport aux résidents pendant le poste de jour et le poste de nuit. Une explication a été fournie avec la question : pour chaque employé (1) réglementé, il y a X nombre de résidents dans votre établissement pendant le poste de jour (donnez le nombre) et pendant le poste de nuit. Le ratio était, en moyenne, de 1 pour 29 résidents pour le poste de jour, et de 1 pour 39 résidents pour le poste de nuit, le nombre maximal de résidents étant de 96 et de 155 le jour et la nuit respectivement (voir le tableau 13).

Le nombre moyen d'heures de soins par résident par jour indiqué est de 3,6 (écart-type : 4,87). Même si cela correspond à la recommandation incluse dans le rapport *Des femmes et des hommes au service des autres : Rapport de l'Examen indépendant des normes en matière de soins et de dotation en personnel pour les foyers de soins de longue durée en Ontario* (2008), la méthode actuelle pour signaler les heures de soins aux résidents comprend tous les soins prodigués aux résidents et ne fait pas la distinction entre les heures de soins assurées par le personnel autorisé (p. ex., infirmières) et celles des soignants non réglementés.

Tableau 13 : Ratios employés réglementés-résidents					
Poste	Nbre	Min.	Max.	Moyenne	Écart-type
Poste de jour	87	0,04	96,00	29,17	14,14
Poste de nuit	87	0,03	155,00	39,19	26,93
Heures de soins par résident par jour	76	0,51	4,69	3,62	4,87

Raisons des heures supplémentaires

D'après une liste de cinq raisons courantes expliquant le recours aux heures supplémentaires, les répondants devaient les classer par ordre d'importance. Le tableau 14 indique l'ordre des réponses. Le remplacement du personnel représentait la principale priorité à en juger par le nombre des répondants qui l'ont classé en première place. Suivaient la charge de travail, la dotation des postes vacants, l'éducation, le recours à du personnel supplémentaire pour la prévention des infections. Les répondants ont également indiqué d'autres raisons. Les raisons prédominantes sont les activités associées au RAI-MDS et le remplacement pendant les congés annuels et les congés compensatoires.

Tableau 14 : Raisons des heures supplémentaires (classées par ordre d'importance par les répondants)					
Problème	1^{re} place	2^e place	3^e place	4^e place	5^e place
Remplacements, maladie/congés	79	12	3	0	1
Charge de travail	10	20	26	17	18
Dotation des postes vacants	6	39	20	7	17
Prévention des infections (éclosions/quarantaine)	3	7	21	27	28
Formation/Orientation	2	11	17	33	23
Autres raisons :	Responsabilités associées au RAI-MDS, remplacement pendant les congés annuels, congé compensatoire				

Congé de maladie et taux de roulement

Le tableau 15 indique le nombre d'heures de congé de maladie pour le personnel infirmier, d'après les renseignements fournis par les établissements.

- Le nombre d'heures global pour les IA correspond à 31 ETP
- Le nombre d'heures global pour les IAA correspond à 50 ETP

Le taux de roulement est exprimé en pourcentage. On a demandé aux répondants de le calculer en ajoutant les cessations d'emploi chez les IA ou les IAA à temps plein et à temps partiel et de diviser le chiffre ainsi obtenu par le nombre total dans cette catégorie. Par cessation d'emploi, on entendait le départ définitif de l'organisme, et non une mutation interne.

- Taux de roulement des IA : 9,5 %, *fourchette : 0 - 52 %*
- Taux de roulement des IAA : 10,5 %, *fourchette : 0 - 50 %*
- Taux de roulement des SNR : 11 %, *fourchette : 0 - 46 %*

Tableau 15 : Congé de maladie et taux de roulement						
Congés de maladie / Taux de roulement	Nbre	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
Total des heures de congé de maladie chez les IA	91	0,00	8296,00	60029,48	659,66	1232,23
Total des heures de congé de maladie chez les IAA	91	0,00	16400,00	97363,89	1069,93	1908,58
Taux de roulement: chez	93	0,00	52,00	883,84	9,50	12,57

Tableau 15 : Congé de maladie et taux de roulement						
Congés de maladie / Taux de roulement	Nbre	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
les IA (pourcentage)						
Taux de roulement: chez les IAA (pourcentage)	91	0,00	50,00		10,55	12,28
Taux de roulement: chez les SNR (pourcentage)	88	0,00	46,15		11,03	9,46

Autres responsabilités : ressources humaines (contrats, évaluation du rendement, recrutement/ maintien en poste, gestion des présences); qualité et risque; programmes spéciaux de soins infirmiers (soin des plaies de pression, contention, gestion des comportements); observation; remplacement pendant les congés annuels (pour l'administrateur); facturation des résidents; dossiers médicaux, agent de la protection de la vie privée; planification en vue d'une pandémie; rapports; coordination du RAI-MDS; responsable de l'accréditation; commande des fournitures; perfectionnement du personnel.

Tableau 16 : Raisons des roulements de personnel	
Raisons	Oui (%)
Ne sait pas	20 (21,7)
Réinstallation hors du district	41 (54,9)
Avancement professionnel ailleurs	60 (66,7)
Retour aux études	33 (36,3)
Stress professionnel	20 (22,2)
Retraite	43 (46,7)
Cessation d'emploi	27 (29,3)
Décès	7 (7/60)
Autres raisons données : raisons familiales, départ pour travailler dans un hôpital, emplois multiples, indisponibilité (pour les postes), meilleurs salaires et avantages sociaux ailleurs, maternité, démission.	

Personnel à la retraite reprenant des activités professionnelles

On a demandé aux établissements de soins de longue durée si des membres du personnel infirmier à la retraite (infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées) reprenaient des activités professionnelles. Quarante-deux pour cent (nbre : 42, pourcentage : **44,2 %**) des établissements ont répondu par l'affirmative. Les répondants avaient l'option d'indiquer les rôles, rémunérés ou pas, que tenaient en général les infirmières à la retraite qui avaient repris des activités. Le tableau 17 montre que les infirmières à la retraite reprennent le plus couramment du service dans les soins directs, alors que d'autres s'occupent de projets, font du bénévolat ou jouent un rôle de soutien à la formation.

Tableau 17 : Rôle tenu par les infirmières à la retraite qui reprennent le travail	
Rôles à la reprise des activités professionnelles	Oui (%)
Soins directs	72,2
Travaux dans le cadre de projets	9,1
Bénévolat	6,8
Éducatrices, mentors, préceptrices	19
Autres rôles : heures occasionnelles, infirmière responsable, planification des sorties, adjointe au coordonnateur, orientation, assurance de la qualité, coordonnateur du RAI-MDS.	

Section D : Formation et orientation

En raison des rapides changements dans l'acuité des besoins des patients et des progrès galopants de la technologie, et dans le cadre de la responsabilité qui incombe aux organismes, une formation continue des infirmières s'impose pour assurer des soins sûrs et de haute qualité. Cette section donne des précisions sur les heures de formation et d'orientation en soins infirmiers (voir le tableau 18).

Les heures en cours d'emploi, c'est-à-dire le temps pendant lequel un membre du personnel en service assiste à une séance d'enseignement ou à une leçon clinique, ne sont pas incluses, étant donné que la plupart des organismes ne les saisissent pas. Les heures de formation des soignants non réglementés (SNR) sont également incluses dans le tableau 18. Il était entendu que les heures d'orientation pouvaient varier d'une unité à l'autre, cependant, on a demandé aux répondants d'indiquer le nombre minimum moyen d'heures de formation pour les différentes catégories d'infirmières « débutantes ». De larges écarts ont été observés.

- Nombre minimum de jours d'orientation pour les IA : 7,24
- Nombre minimum de jours d'orientation pour les IAA : 6,9 jours
- Nombre minimum de jours d'orientation pour les SNR : 5,6 jours

Tableau 18 : Heures allouées à la formation et à l'orientation						
Éducation/Orientation	Nbre	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
Nombre total d'heures : formation du nouveau personnel infirmier *	63	0,00	40000,00	76162,75	1208,93	4999,99
Heures de formation rémunérées : IA*	81	0,00	2031,00	13774,74	170,05	320,30
Heures de formation rémunérées : IAA*	81	0,00	3039,00	17901,55	221,00	460,36
Nombre d'heures de formation rémunérées : SNR	75	0,00	6760,00	30455,35	406,07	883,57
Nombre minimum approximatif de jours d'orientation pour un nouveau membre du personnel : IA	93	3,00	21,00	674,00	7,24	4,03
Nombre minimum approximatif de jours d'orientation pour un nouveau membre du personnel : IAA	92	3,00	17,00	635,00	6,90	3,55
Nombre minimum approximatif de jours d'orientation pour un nouveau membre du personnel : SNR	92	2,00	17,00	514,50	5,59	2,82

**ne comprend pas les heures de formation en cours d'emploi*

Section E : Portée de l'autorité des gestionnaires

On a demandé aux établissements de soins de longue durée s'ils avaient des infirmières-gestionnaires, c'est-à-dire des infirmières directement responsables des activités au point de service (ou dans les unités) et dont le personnel clinique relève directement (sont aussi appelées « cadre de premier niveau »). Environ 70 % des personnes qui ont répondu ont indiqué que ce poste existait (voir le tableau 19). Les titres des personnes employées comme infirmières-gestionnaires varient aussi (voir le tableau 19). Les titres qui reviennent le plus souvent sont ceux de gestionnaire et d'infirmière responsable.

Tableau 19 : Pourcentage d'établissements de SLD indiquant la présence d'infirmières-gestionnaires			
Rôle d'infirmière-gestionnaire?		Fréquence	Pourcentage
	Oui	67	67,7
	Non	30	30,3
	Total	97	98,0

Titres des infirmières-gestionnaires : infirmière-gestionnaire, infirmière responsable, infirmière-chef, gestionnaire des installations, directeur d'unité, gestionnaire d'unité, IA superviseur, coordonnateur, coordonnateur des soins aux résidents, directeur des soins infirmiers, IA de service, adjoint au directeur des soins infirmiers/des soins, superviseur des postes de travail, infirmière désignée, IAA, directeur des soins aux résidents, adjoint au directeur des soins aux résidents.

Les caractéristiques des infirmières-gestionnaires intermédiaires, en termes d'âge moyen, de nombre d'établissements, d'unités et d'employés relevant directement d'elles, sont présentées dans le tableau 20. D'après les répondants qui ont fourni des données, les conclusions comprennent ce qui suit :

- L'âge moyen des infirmières-gestionnaires est de **47,4 ans** (écart-type : 8,86).
- Le pourcentage des infirmières-gestionnaires ayant un baccalauréat en sciences infirmières (B.Sc.Inf.) est de **30 %** (écart-type : 33,67, fourchette : 0 - 100 %).
- Le **nombre moyen de lits/résidents dont une infirmière-gestionnaire est responsable** est de 94 (fourchette : 0 - 282 résidents).
- Le pourcentage de gestionnaires qui **ne sont pas des infirmières** est de 9 %.
- Une grande majorité (79 %) de gestionnaires sont sous les ordres directs d'administratrices qui sont des infirmières.
- Le nombre moyen d'**unités par gestionnaire** est de 3,2 (écart-type : 1,85, fourchette : 0 - 8 unités).
- Seulement 2 répondants ont indiqué que les gestionnaires ont des responsabilités dans plus d'un établissement (applicable aux organismes fusionnés).
- Le nombre de **personnes relevant directement d'un gestionnaire** va d'un minimum de 27 (fourchette : 0 - 150) à une **moyenne maximale de 44** (fourchette : 0 - 266).

Tableau 20 : Portée de l'autorité des gestionnaires						
	Nbre	Min.	Max.	Somme	Moyenne	Écart-type
Âge moyen des infirmières-cadres	58	5,00	64,00	2747,55	47,37	8,86691
Gestionnaires qui ont un baccalauréat en sciences infirmières (%)	63	,00	100,00	1895,90	30,09	33,67
Nombre moyen de lits dont une infirmière-cadre est responsable	68	,00	282,00	6384,92	93,89	53,11
% d'IA et d'IAA qui relèvent d'une infirmière-cadre	70	,00	100,00	6515,00	93,07	22,47
Nombre de gestionnaires ayant des IA et des IAA sous leurs ordres	79	,00	100,00	330,00	4,17	12,40
Sur le nombre total de gestionnaires dans la question précédente, indiquez combien ne sont pas des infirmières	73	,00	7,00	29,00	,39	1,26
% d'infirmières-cadres qui relèvent directement d'une infirmière ayant des fonctions administratives (p.ex., niveau poste de direction)	72	,00	100,00	5675,00	78,81	39,50
Nombre moyen d'unités par gestionnaire dans votre établissement	69	,00	8,00	224,17	3,24	1,85
Nombre le plus faible de subordonnés par gestionnaire	64	,00	150,00	1750,00	27,34	37,99
Nombre le plus élevé de subordonnés par gestionnaire	64	0	266	2831	44,23	55,17

Organisation des services sur demande et après les heures normales/Supervision des unités

Dans 45 % des organismes répondants, on prévoit confier des responsabilités à des infirmières-gestionnaires de l'extérieur (sur demande) pour les services après les heures normales et pendant les fins de semaine. Dans 70,5 % des organismes répondants, il y a des personnes sur place (gestionnaires, coordonnateurs, superviseurs) pour les services après les heures normales et pendant les fins de semaine (voir le tableau 21).

Tableau 21 : Gestionnaire hors site (sur demande) et sur place			
Gestionnaire, sur demande, et supervision sur place	Nbre	Fréquence, « Oui »	Pourcentage
Gestionnaires sont censés être de garde (après les heures/les fins de semaine)	82	37	45
Superviseurs sur place après les heures/les fins de semaine	88	62	70,5

Difficultés de recrutement (fonctions de cadres intermédiaires)

Depuis quelques années, on dit que les rôles de direction dans le secteur de la gestion et de l'administration posent des difficultés (Ballard, 1995; McGilton et coll., 2007). Afin de chercher

des renseignements et des explications, des questions ont été posées à propos des difficultés associées au recrutement de candidates et candidats aux postes de cadres dans le secteur des soins de longue durée. À partir d'une liste des difficultés en matière de recrutement, les répondants devaient indiquer celles qui s'appliquaient, le cas échéant, à leur organisme. Un espace était réservé pour que les répondants puissent faire d'autres commentaires. Le tableau 22 donne des précisions sur les réponses. Si toutes les options étaient importantes pour la majorité des répondants, le manque de candidats de l'extérieur et internes constitue la principale difficulté, suivi par les attributs du rôle (fonctions et portée du rôle) ne correspondant pas aux compétences des candidats. Les autres commentaires portent essentiellement sur ce qui suit :

- Meilleurs salaires et avantages sociaux ailleurs.
- Compétences des candidats – langue, qualités de la personne (compétences et expériences).
- Distance.
- Vieillesse des IA – ne sont pas intéressées à assumer des fonctions de gestion.
- Exigences des fonctions dans le domaine des soins de longue durée – complexités propres aux SLD, les fonctions des gestionnaires doivent comprendre des tâches « pratiques » (peut ne pas convenir aux personnes désirant faire du travail de bureau).

Tableau 22 : Difficultés de recrutement (rôles de gestionnaires intermédiaires)			
Difficultés de recrutement	Nbre de répondants	Oui	%
Peu de candidats de l'extérieur	80	58	72.5
Caractéristiques des rôles	80	39	48.8
Peu de successeurs internes	80	53	66.3
Autres difficultés : salaires, avantages sociaux, concurrence, exigences linguistiques, possibilités d'emploi pour les conjoints, vieillissement des IA (ne souhaitent pas assumer des fonctions de gestion), expérience/qualité du candidat, et nuances des fonctions de gestion dans le domaine des SLD.			

Section F : Enjeux et autres commentaires

Dans cette section, on demandait aux répondants, à partir de la liste qui leur était donnée, de classer par ordre de priorité les enjeux actuels dans le domaine des soins infirmiers (1 étant l'enjeu le plus important et 5 le moins important). Le tableau 23 donne des précisions sur le classement. Les écarts entre les données étaient relativement égaux. Les questions prioritaires étaient le recrutement et le maintien de l'effectif ainsi que la charge de travail, l'acuité et la complexité des besoins des patients, suivis par le vieillissement de la population active, le maintien de l'effectif et la complexité de la technologie. Un espace était réservé pour que les répondants puissent ajouter d'autres problèmes clés.

Tableau 23 : Enjeux essentiels dans le domaine des soins infirmiers, selon l'ordre d'importance donné par les répondants					
Enjeux essentiels	n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5
Recrutement/maintien de l'effectif	39	20	21	11	7
Vieillesse de la population active	29	20	21	11	17
Acuité/complexité des besoins des patients	21	23	24	18	12

Tableau 23 : Enjeux essentiels dans le domaine des soins infirmiers, selon l'ordre d'importance donné par les répondants					
Maintien/roulement de l'effectif	8	17	19	27	26
Technologie/Complexité	7	16	16	27	32
Autres difficultés mentionnées : Financement limité pour répondre aux besoins des résidents, charge de travail trop lourde, gestion des présences, éducation/formation/ soutien clinique, problèmes de langue parmi les employés [beaucoup ne parlent pas bien l'anglais, ce qui peut avoir des conséquences considérables sur les soins infirmiers et constitue des facteurs de risque élevés], « image » du secteur des SLD en tant que milieu de travail souhaitable, changements et attentes du MSSLD ajoutés au RAI-MDS, compétences des nouveaux diplômés inférieurs à celles des années précédentes.					

L'infirmière en milieu et en fin de carrière

Si l'accent a été mis sur les nouvelles diplômées en soins infirmiers, il faut aussi prêter attention aux infirmières en milieu (35-55 ans) et en fin (>55 ans) de carrière. Afin de passer en revue le secteur des soins de longue durée à cet égard, on a demandé aux répondants s'ils avaient lancé des initiatives pour cette cohorte d'infirmières. Voici le nombre et le pourcentage de ceux qui ont répondu par l'affirmative :

- **Initiatives concernant le personnel infirmier en milieu de carrière** : Initiatives en place, **15,6 %** (nbre = 15/96).
- **Initiatives concernant le personnel infirmier en fin de carrière** : Initiatives en place, **48 %** (nbre = 48/94).

Autres commentaires concernant l'enquête sur le plan de services infirmiers

Un espace était réservé pour que les répondants puissent faire d'autres commentaires qui, à leur avis, concernaient le plan de services infirmiers. Voici un compte rendu des commentaires :

- ❑ Activités associées au RAI-MDS : pressions du ministère; baisse du temps consacré aux malades à cause d'un excès de paperasserie; « *d'importantes difficultés sont apparues lors de l'étape 5 du MDS-RAI[sic]... le personnel doit se détacher de la classification de l'Alberta pour l'instrument d'évaluation des résidents* »; « *incidences financières des changements apportés aux classifications de l'indice de la charge de cas... Les IAA ne sont pas habituées au rôle de soignant primaire auquel combiné aux exigences associées au MDS-RAI[sic] et envisagent de quitter le secteur des SLD* ».
- ❑ **Soutien requis : l'infirmière en milieu et en fin de carrière** – manque de temps pour utiliser le financement de l'Initiative de maintien en poste du personnel infirmier chevronné; appliqué mais pas accepté; « *le financement de l'Initiative de maintien en poste du personnel infirmier chevronné nous permettra de faire face au vieillissement de notre main-d'œuvre. Le financement d'initiatives pour les infirmières en milieu de carrière serait extrêmement utile* ».
- ❑ **Documentation des données sur les ressources infirmières** : les données sont difficiles à produire, très coûteuses en temps; difficile à faire dans un petit établissement.

- ❑ **Composition des patients** : l'acuité et la complexité augmentent.
- ❑ **Défis** : contraintes **monétaires**, recrutement/maintien de l'effectif dans les régions du **Nord et isolées**; problèmes d'accessibilité dans le Nord (accès au réseau, soutien, formation); souhaiterait un financement adéquat pour « *accroître le ratio des employés à temps plein par rapport aux employés à temps partiel* ».
- ❑ **Image du secteur des SLD** : nécessité d'améliorer l'image, « *la société garde une image négative des SLD, qui nuit aux efforts de recrutement* ».