

DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER

LE PERSONNEL INFIRMIER ET LA MORTALITÉ CHEZ LES PATIENTS

Source

Tourangeau, A. E., Giovannetti, P., Tu, J. V., et Wood, M. (2002). Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33(4), 71-88.

Objectif

Comprendre l'effet de variables hospitalières liées aux soins infirmiers sur les taux de mortalité à 30 jours des patients hospitalisés avec de graves problèmes médicaux.

Contexte

Au cours de la dernière décennie, on a sabré dans les coûts de prestation des services infirmiers pour réduire les dépenses en soins de santé. Beaucoup d'hôpitaux ont réorganisé leur personnel infirmier en éliminant et en réduisant le nombre de postes d'infirmières autorisées (IA), en remplaçant des IA par du personnel infirmier moins qualifié et en fermant des services cliniques. On a donc transféré des IA d'un service à un autre par « supplantation ». Ce processus a permis de déplacer des IA d'un service infirmier où elles avaient acquis des connaissances cliniques auprès d'un groupe de patients à un autre, où leurs connaissances et leur expérience étaient limitées.

Ces changements et d'autres, dont la réduction des ressources cliniques nécessaires pour épauler les infirmières¹, se sont faits sans que l'on comprenne leurs conséquences sur les résultats chez les patients, comme la mortalité. Les taux de mortalité sont d'importants indicateurs de la qualité des soins hospitaliers.

Méthodes

- On a utilisé un concept rétrospectif pour tester le Modèle de mortalité à 30 jours. Dans ce modèle, le taux de mortalité à 30 jours mesure le pourcentage de patients hospitalisés qui meurent dans les 30 jours suivant leur admission, que leur décès soit survenu à l'hôpital ou après le congé. On corrige ce taux de mortalité pour tenir compte de divers facteurs de risque du patient, comme l'âge et ses antécédents.
- Le modèle inclut des variables telles que la dose des effectifs infirmiers (total du nombre d'heures du personnel infirmier en service interne divisé par le coefficient de pondération de l'Ontario²), la combinaison des compétences infirmières (proportion des heures de soins dispensés par des IA par rapport au total des heures de soins infirmiers dispensés par des IA, des IAA et du personnel auxiliaire non réglementé), l'accès au soutien professionnel, les années d'expérience des IA dans le service clinique, la capacité de travailler des infirmières,

¹ Dans la présente étude, le terme *infirmières* désigne les infirmières et les infirmières auxiliaires réglementées. (N.D.T. : Au Canada, les titres des deux groupes réglementés varient en fonction des lois provinciales applicables; cependant, dans ce document, on emploie uniquement les sigles respectifs de IA [infirmières autorisées] et de IAA [infirmières auxiliaires autorisées]. Par ailleurs, dans ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.)

² En Ontario, le coefficient de pondération mesure la consommation relative totale de ressources par patient.

l'état de la pratique infirmière dans leur milieu de travail, la continuité des soins, les connaissances spécialisées des médecins, le statut de l'hôpital et son emplacement.

- L'échantillon regroupait 46 941 patients ayant obtenu leur congé de 75 hôpitaux communautaires et d'enseignement de soins actifs en Ontario, chez lesquels on avait diagnostiqué un infarctus aigu du myocarde, un accident vasculaire cérébral, une pneumonie ou une septicémie.
- On a établi un lien entre le taux de mortalité chez ces patients, les données sur le personnel infirmier, la composition des compétences spécialisées et les réponses données par 3 998 IA travaillant dans les 75 hôpitaux dans le cadre du sondage sur les caractéristiques des hôpitaux mené auprès des infirmières autorisées de l'Ontario.

Principales caractéristiques

Trois variables explicatives tirées du modèle de mortalité à 30 jours étaient statistiquement significatives : la combinaison des compétences spécialisées des infirmières, les années d'expérience comme infirmière dans le service clinique et la capacité de travailler des infirmières.

- Une augmentation de 10 % du pourcentage des IA dans tous les types d'hôpitaux a été associée à une diminution de cinq décès par 1 000 patients ayant obtenu leur congé.
- Chaque année moyenne supplémentaire d'expérience des IA dans le service clinique a été associée à une diminution de six décès par 1 000 patients ayant reçu leur congé d'hôpitaux communautaires urbains, et de quatre décès par 1 000 patients ayant reçu leur congé d'hôpitaux communautaires non urbains.
- Dans les hôpitaux communautaires non urbains seulement, moins de patients sont décédés lorsque les IA qui y travaillaient manquaient un plus grand nombre de quarts de travail³.

Que signifient les constatations de cette étude?

- On associe l'augmentation du pourcentage des IA dans un service à une réduction du nombre de patients qui meurent dans les 30 jours suivant leur hospitalisation.
- Si on réduit le nombre des IA dans un service ou si on les remplace par des prestataires de soins moins qualifiés, le nombre de patients qui risquent de mourir augmente
- Lorsque l'on mute des infirmières chevronnées dans d'autres services infirmiers à cause d'un surplus ou de pratiques comme la supplantation prévue dans des conventions collectives, le nombre de patients qui risquent de mourir augmente.
- Il faut établir des stratégies pour recruter et garder des IA chevronnées.

Janvier 2005

RR 1-11

³ Cette constatation inattendue est difficile à expliquer. Les infirmières des hôpitaux communautaires non urbains prennent beaucoup moins de congés de maladie que celles des hôpitaux urbains. Il se peut que les IA de ces hôpitaux ne prennent pas suffisamment de temps pour récupérer. Lorsqu'elles reviennent au travail, leur aptitude à détecter des complications sérieuses et à intervenir a peut-être diminué, ce qui peut contribuer à augmenter les taux de mortalité à 30 jours.