



Centre de santé et de services sociaux  
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

*Prévenir, soigner, soutenir... chaque jour*

## **La dotation du personnel dédié aux soins et à l'assistance aux résidents en centre d'hébergement : assurer une offre de qualité.**

### **Note informative**

Sylvie St-Jacques, Ph.D., responsable scientifique de l'ETMISSS-PL  
Julie Dussault, Ph.D. candidate, professionnelle de recherche et d'évaluation

Centre affilié universitaire



UNIVERSITÉ  
**LAVAL**

**ETMISSS-PL**



La dotation du personnel dédié aux soins et à  
l'assistance aux résidents en centre d'hébergement :  
assurer une offre de qualité

Note informative

CSSS de la Vieille-Capitale

Juin 2013

## Remerciements

Cette évaluation a bénéficié du soutien financier du CSSS de la Vieille-Capitale. Ce document est disponible en version PDF sur le site Internet du CSSS de la Vieille-Capitale au [www.csssvc.qc.ca](http://www.csssvc.qc.ca). Il peut être reproduit, en tout ou en partie, avec mention de la source.

### Contribution aux versions préliminaires

Du CSSS de la Vieille-Capitale :

Alain-Philippe Lemieux, directeur général adjoint des affaires universitaires et cliniques, et des services professionnels

Agnès Gaudreault, directrice des soins infirmiers

Nancy Cyr et Julie Mignault, conseillères cliniciennes en soins infirmiers

Josée Martel et Josée Duquette, Comité de pairs des préposés aux bénéficiaires

### Conception graphique, mise en page et révision linguistique

Nadine Michaud, agente administrative

Dominique Rochette, technicienne en administration

### Correspondance

Madame Sylvie St-Jacques Ph.D.

Responsable scientifique de l'ETMISSS-PL

CSSS de la Vieille-Capitale, centre affilié universitaire,

880, rue Père-Marquette, 3<sup>e</sup> étage

Québec (Québec) G1S 2A4

[Sylvie.St-Jacques@csssvc.qc.ca](mailto:Sylvie.St-Jacques@csssvc.qc.ca)

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du CSSS de la Vieille-Capitale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CSSS de la Vieille-Capitale ne pourra être tenu responsable en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

L'image en page couverture est tirée du lien suivant :

[http://www.infodimanche.com/index.asp?s=detail\\_actualite&id=141035](http://www.infodimanche.com/index.asp?s=detail_actualite&id=141035)

L'utilisation du féminin est utilisée dans le texte en raison du plus grand nombre de femmes que d'hommes dans les professions mentionnées.

Pour citer ce document : St-Jacques, S., Dussault, J. (2013). La dotation du personnel dédié aux soins et à l'assistance aux résidents en centre d'hébergement : Assurer une offre de qualité. Québec : CSSS de la Vieille-Capitale, 24 p.

Dépôt légal : 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-89680-069-8 (PDF)

## La dotation du personnel dédié aux soins et à l'assistance aux résidents en centre d'hébergement : assurer une offre de qualité

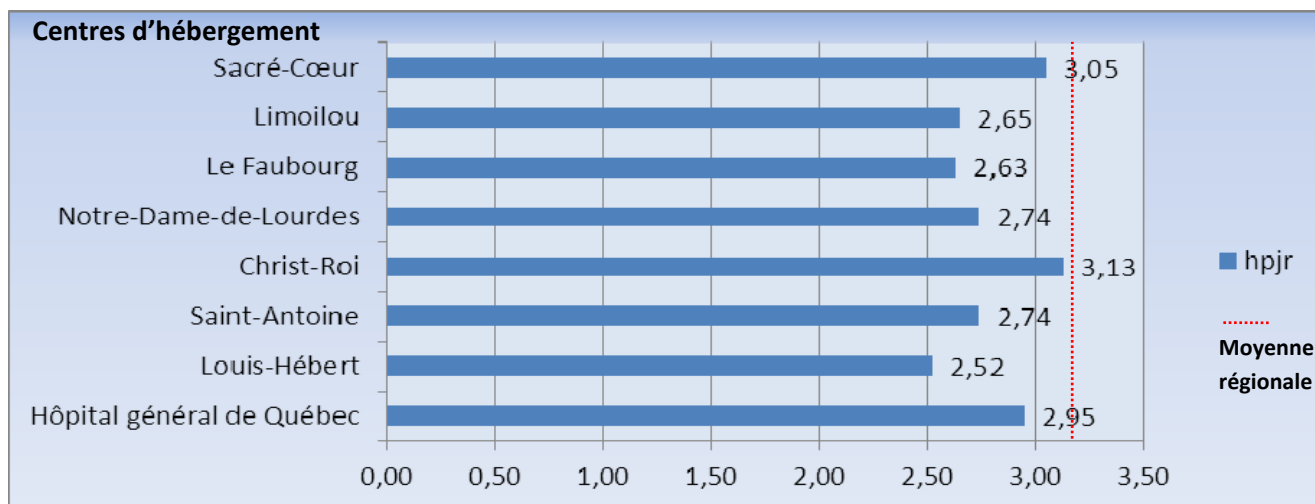
Sylvie St-Jacques, Julie Dussault

En mars 2013, la Direction de l'hébergement du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale s'est adressée à l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux de première ligne (UETMISSS-PL) afin d'obtenir des données probantes quant à l'offre de services en centre d'hébergement. La requête concernait la dotation en effectifs dédiés aux soins et à l'assistance des personnes hébergées, soit le nombre d'heures travaillées par jour-résident (hpjr), et les proportions d'infirmières et de préposées aux bénéficiaires.

L'offre actuelle pour l'ensemble des centres d'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale, illustrée dans le Graphique 1, est constituée de 2,84 hpjr (alors que la moyenne régionale est de 3,20 hpjr) et est assurée à 40 % par du personnel infirmier et à 60 % par les préposées aux bénéficiaires (Direction de l'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale). L'une des préoccupations des gestionnaires est de s'assurer que l'équipe soignante puisse répondre adéquatement aux besoins multiples et complexes des résidents. Dans un contexte de sous financement des centres d'hébergement, alors que les résidents présentent des problèmes de plus en plus complexes couplés à une grande perte d'autonomie, une utilisation judicieuse des ressources humaines devient cruciale afin d'assurer une offre de soins de qualité.

La question posée par la Direction de l'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale est la suivante : **Quels sont les besoins d'ajustement de l'offre de services en centre d'hébergement au CSSS de la Vieille-Capitale dans le contexte actuel d'alourdissement de la clientèle hébergée?**

**Graphique 1.** Nombre d'heures travaillées par jour-résident dans les centres d'hébergement sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale



Réf : Direction de l'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale

## Problématique

Les centres d'hébergement accueillent des individus qui ne peuvent plus répondre à plusieurs de leurs besoins de base sur les plans physiques, psychologiques et sociaux en raison d'incapacités physiques ou cognitives sévères. Au Québec, comme partout en Amérique du Nord, les besoins de santé des personnes admises en centre d'hébergement s'accroissent<sup>1-3</sup>. Les résidents ont tendance à être plus âgés, ils sont davantage touchés par les incapacités et sont plus près de la fin de vie qu'il y a dix ans. Des troubles cognitifs importants, tels la démence et le délirium, et des troubles de comportements (agressifs et perturbateurs) sont aussi très présents et souvent accompagnés de problèmes moteurs<sup>4</sup>. Cet alourdissement de la clientèle se traduit par de nouvelles demandes plus complexes pour le personnel soignant<sup>4;5</sup>.

Selon un rapport de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, les indices de la lourdeur de la clientèle hébergée se seraient stabilisés depuis le début des années 2000 indiquant que les soins aux résidents du point de vue quantitatif, demeurent constants<sup>6</sup>. Toutefois, les témoignages du personnel soignant suggèrent que l'exigence des soins requis continue de croître d'un point de vue qualitatif<sup>2;6</sup>. L'offre de services doit s'adapter à une proportion grandissante de résidents présentant des déficits cognitifs ou des problèmes psychiatriques, lesquels nécessitent une attention constante de la part du personnel soignant.<sup>3;6</sup>

L'attribution des ressources humaines dans les établissements de soins de santé, notamment le nombre et les compétences du personnel prodiguant des soins directs et indirects, représente l'un des principaux défis des décideurs tant au Canada que dans les autres pays industrialisés<sup>7</sup>. Ce sujet suscite énormément d'attention en raison du lien bien documenté entre la santé et la sécurité des patients et le nombre et la catégorie du personnel soignant<sup>7;8</sup>.

Les données probantes en centre d'hébergement suggèrent que la dotation en personnel serait directement reliée à la qualité des soins mesurée par la qualité de vie des résidents, par leur niveau d'autonomie et selon plusieurs indicateurs de santé (taux de décès, plaies de pression, infections urinaires, utilisation de cathéters urinaires, usage d'antibiotiques, etc.)<sup>9-12</sup>. Cependant, la relation entre la dotation en personnel et la qualité des soins ne serait pas linéaire; il existe un certain point à partir duquel les taux d'amélioration de la qualité diminuent malgré l'ajout de personnel supplémentaire<sup>13</sup>. Ainsi, une combinaison optimale des compétences du personnel soignant en fonction des besoins particuliers de la clientèle permettrait de mieux répondre et de façon plus efficace aux besoins des personnes hébergées<sup>2</sup>.

Les infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires forment une équipe dont le mandat est de veiller à maintenir l'autonomie et l'état de santé des résidents en centre d'hébergement. Chaque type de personnel apporte une contribution différente et distincte à la qualité des soins prodigués aux résidents<sup>14</sup>. Brièvement, le rôle de l'infirmière consiste à coordonner l'ensemble des activités de soins et à donner des traitements infirmiers et médicaux. Les infirmières auxiliaires se chargent de l'évaluation de l'état de santé du résident et des actes de soins courants. Les préposées aux bénéficiaires réalisent des actes d'assistance liées aux activités de la vie quotidienne des résidents<sup>15</sup>.

Une vaste littérature suggère un rôle primordial des infirmières dans l'atteinte d'une qualité de soin élevée en centre d'hébergement<sup>12; 16-19</sup>. Au Québec, depuis l'adoption du projet de Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec (Loi 90)<sup>20</sup> en 2003, la profession infirmière au secteur de l'hébergement vit des changements

fondamentaux qui accroissent le niveau de responsabilité et l'imputabilité de l'infirmière. Celle-ci doit évaluer l'état de santé de chaque résident et déterminer au Plan thérapeutique infirmier (PTI) les paramètres individuels à surveiller. L'infirmière voit à la supervision et à l'évaluation des soins, et, pour les besoins plus complexes, elle agit directement auprès du résident<sup>3</sup>.

La fonction première des préposées est de répondre aux besoins d'assistance de résidents qui sont en forte perte d'autonomie physique et cognitive. Ce sont eux qui ont le plus d'interaction avec le résident. La qualité de la relation de la préposée avec le résident est un déterminant central de la qualité des soins<sup>21</sup>. Au Québec, les préposées aux bénéficiaires en centre d'hébergement font face aux nouvelles exigences émanant de l'approche « milieu de vie » centrée sur la qualité de vie des résidents et visant l'optimisation de leur autonomie fonctionnelle et psychosociale de même que de leur niveau de confort<sup>22</sup>. Bien que cette approche soit perçue comme un objectif louable de bonification de leurs pratiques et d'amélioration de la qualité de vie des résidents, les préposées évoquent la trop lourde charge de travail quotidienne et le manque de personnel pour atteindre cet idéal<sup>23; 24</sup>. Or, l'accroissement des dépenses publiques pour faire face au défi du vieillissement et le contexte de restriction budgétaire empêchent toute augmentation substantielle du nombre de préposées. Cette catégorie de personnel est confrontée à devoir prodiguer des actes d'assistance auprès de personnes dont l'état physique et cognitif est davantage précaire sans pour autant que le ratio préposées/résidents ne leur permette de bénéficier de suffisamment de temps pour que ces actes soient de très grande qualité. En effet, l'augmentation du nombre d'heures de travail des préposées par jour-résident serait associée à une meilleure qualité de soins<sup>25</sup>.

## Objectifs du projet d'ETMISSS

En réponse à la question posée par la Direction de l'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale, les objectifs sont les suivants :

À partir de la littérature :

- a. Recueillir le nombre d'heures de soins par jour-résident observé dans les centres d'hébergement;
- b. Recueillir les proportions observées d'infirmières et de préposées aux bénéficiaires dans les centres d'hébergement;
- c. Identifier les normes et recommandations en dotation de personnel afin d'offrir des services de qualité en centre d'hébergement.

## Recherche documentaire

En raison du court délai pour produire cette note informative, d'une part, la stratégie documentaire s'est limitée à une recherche sur Internet effectuée à l'aide des moteurs de recherche *Google* et *Google Scholar*. D'autre part, la qualité méthodologique des études n'a pas été spécifiquement évaluée. Les termes *nursing home staffing*, *nursing home staff mix*, *long-term care staffing*, *personnel en centre de soins de longue durée*, *heures de soins en centre de soins de longue durée* ou leur équivalent ont été utilisés pour la recherche documentaire. Aussi, les références citées dans les documents repérés à l'aide de cette stratégie ont été consultées. Seuls les documents dont la période de référence se situait dans les années 2000 ont été retenus.

## Résultats

Deux revues systématiques<sup>9; 26</sup>, une revue de la littérature<sup>10</sup> et cinq études publiées<sup>5; 25; 27-29</sup> ont été retenues, ainsi que neuf documents de littérature grise (documents d'associations, gouvernementaux et universitaires)<sup>2; 30-37</sup>. Les données et les recommandations concernant la dotation du personnel en centre d'hébergement sont rapportées dans les tableaux 1 et 2 présentés en annexe.

La dotation en personnel est généralement rapportée en heures de soins (ou heures travaillées) par jour-résident (hprd : *hours per resident-day*). Quelques documents rapportent la dotation en heures rémunérées par résident par jour<sup>2; 5; 27</sup>. Certaines études réfèrent plutôt au nombre d'équivalents temps complet par nombre de résidents<sup>5; 8; 27; 38-40</sup>. Afin de faciliter l'analyse des résultats, à l'instar de Bryan et al.<sup>26</sup>, cette mesure a été convertie en heures par jour-résident<sup>41</sup>. De plus, les catégories de personnel n'ont pas la même nomenclature selon les provinces ou les pays. Les appellations équivalentes pour les acronymes utilisés sont indiquées dans le Tableau 1.



**Tableau 1.** Catégories de personnel dédié aux soins en centre d’hébergement

Acronyme	Définition	Appellation équivalente				
		Québec	Ontario	Ailleurs au Canada	États-Unis	Royaume Uni et ailleurs
RN	Registered nurse	Infirmières	Registered nurse	Registered nurse	Registered nurse	Registered nurse
LPN/LVN	Licensed practical /vocational nurse	Infirmières auxiliaire (DEC)	Licensed practical /vocational nurse	Licensed practical /vocational nurse	Licensed practical /vocational nurse	State enrolled nurse
NA	nurse assistant	Préposée aux bénéficiaires Aide-infirmière Aide-soignante	Personal support worker	Personal support worker	Nursing assistant Auxiliary nurse Patient care assistant Nurse aide	Healthcare assistant Healthcare support worker Clinical support worker

<http://www.vgq.gouv.qc.ca>, [www.hrsdc.gc.ca](http://www.hrsdc.gc.ca), [www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca), <http://www30.rhdcc.gc.ca>, <http://en.wikipedia.org>

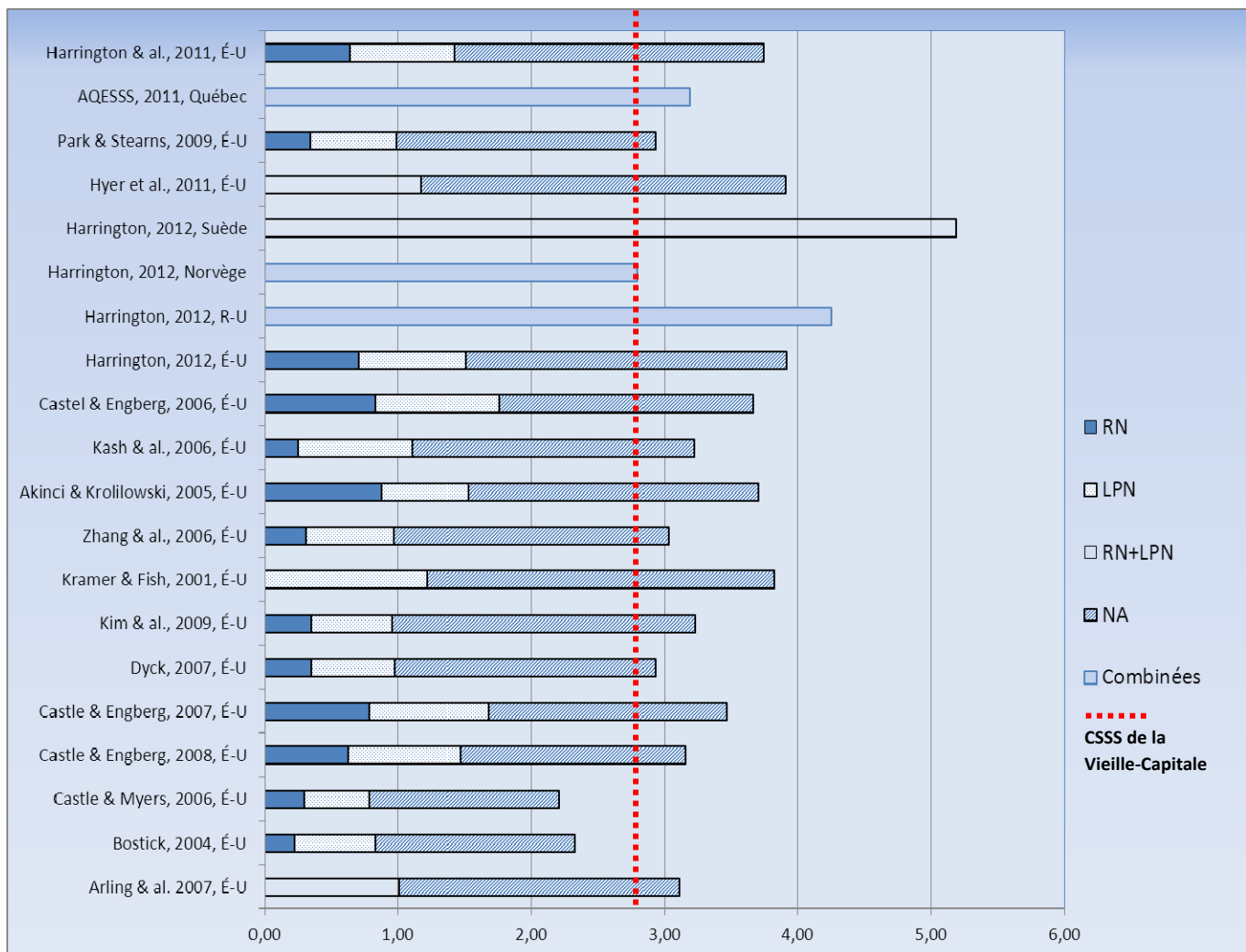
## La dotation en personnel de soins infirmiers et d’assistance personnelle dans les centres d’hébergement : données observationnelles

Les données observationnelles rapportées dans les études retenues sont présentées dans le Tableau 1 en annexe. Le Graphique 2 illustre les données tirées de 17 références. Les documents rapportant les heures rémunérées ne sont pas représentés puisque cette mesure est moins fidèle à la réalité du fait qu’elle inclut les vacances, les jours fériés et les journées de maladies. Le nombre total d’heures de soins par jour-résident observé dans les différentes études varie de 2,21 hpjr<sup>38</sup> (États-Unis) à 5,19 hpjr<sup>28</sup> (Suède). Les dotations en personnel les plus élevées sont observées en Suède (5,19 hpjr) et au Royaume-Uni (4,26 hpjr)<sup>28</sup>. L’offre actuelle de 2,84 hpjr au CSSS de la Vieille-Capitale en centre d’hébergement est représentée par la ligne pointillée sur le graphique; elle se situe en deçà de celles rapportées dans la majorité des documents sélectionnés. Notons qu’elle est inférieure aux 3,19 hpjr observées par l’AQESSS en 2008 dans l’ensemble du Québec<sup>32</sup>.

Le nombre d’heures de soins par jour-résident pour les infirmières (RN), les infirmières auxiliaires (LPN) et les aides aux soins infirmiers (NA) varient respectivement de 0,22 à 0,88 hpjr, de 0,49 à 1,23 hpjr et de 1,42 à 2,73 hpjr. Bien que des variations importantes dans la composition des équipes de soins soient observées, la proportion d’infirmières est généralement la plus faible (7,7 à 25 %), suivie par celle des infirmières auxiliaires

(17,4 à 44,8 %) et celle des aides (52 à 75 %). Cette dernière catégorie est la plus fortement représentée sauf pour quatre études américaines où les proportions de personnel d'assistance (NA) et de personnel infirmier (RN+LPN) sont d'environ 50 %<sup>42</sup>. Les proportions rapportées pour l'ensemble du personnel infirmier (RN+LPN) varient de 25 à 48 %. Rappelons qu'au CSSS de la Vieille-Capitale, la proportion actuelle d'infirmières (infirmières et auxiliaires) est d'environ 40 % et celle des préposées est d'environ 60 % (Direction de l'hébergement du CSSS de la Vieille-Capitale), soit dans la moyenne de ce qui est rapporté dans la littérature.

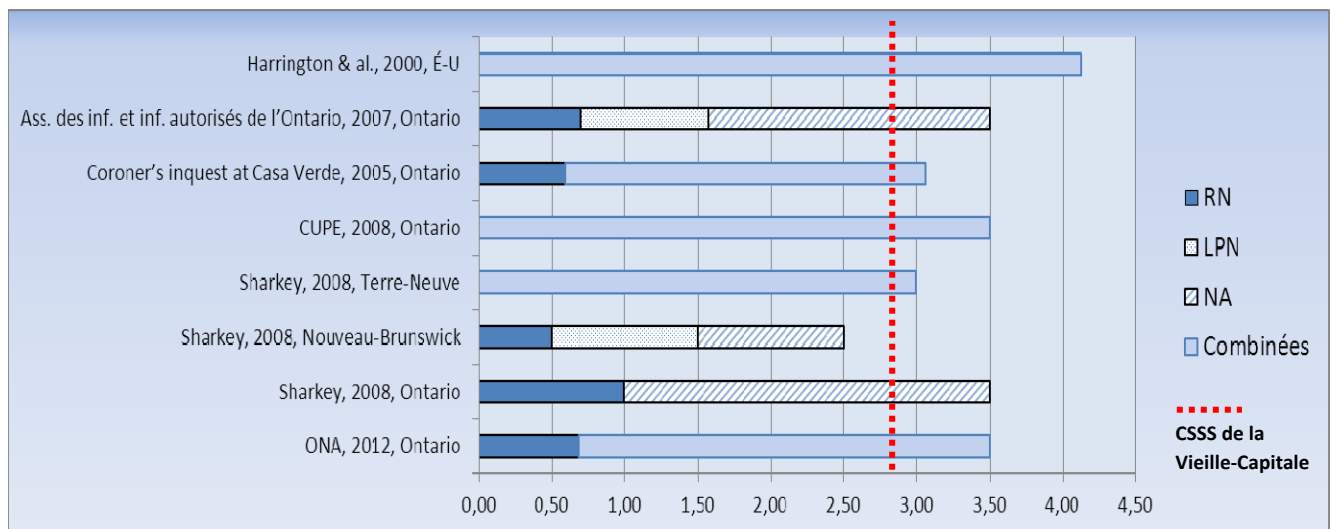
**Graphique 2.** Dotation en personnel dans les centres de soins de longue durée rapportée dans la littérature



## La dotation en personnel de soins infirmiers et d'assistance personnelle dans les centres d'hébergement : normes et recommandations

Les recommandations émises par certaines associations reconnues et instances gouvernementales sont rapportées dans le Tableau 2 en annexe et illustrées dans le Graphique 3. L'offre actuelle dans les centres d'hébergement sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale est représentée par la ligne pointillée. Les normes proposées pour les différentes provinces canadiennes varient de 2,5 à 3,5 hpjr. La proportion recommandée de personnel infirmier (RN+LPN) varie de 45 à 60 % et celle des infirmières (RN) est d'environ 20 %. La proportion recommandée de préposées (NA) varie 40 à 55%.

**Graphique 3.** Recommandations concernant la dotation en personnel dans les centres d'hébergement.



## Discussion

La dotation moyenne en personnel dans les centres d'hébergement du territoire du CSSS de la Vieille-Capitale (2,84 hpjr) se situe en deçà de ce qui est observé dans la majorité des études retenues et de ce qui est recommandé aux États-Unis et dans les autres provinces canadiennes, sauf au Nouveau-Brunswick. Notons cependant que les données de dotation en personnel dans les centres d'hébergement présentent de grandes variations, tant dans les mesures réelles (observations) que dans les normes recommandées.

Un document produit pour l'Association des infirmières et infirmiers du Canada en 2012<sup>43</sup>, fait état de la complexité de la mesure de la composition du personnel. Tout un éventail de mesures de la dotation en personnel est utilisé, y compris les ratios patients : infirmière, la composition du personnel et le nombre d'heures de soins infirmiers par jour-patient, qui peuvent se présenter sous forme de soins fournis par tous les types de personnel ou par le personnel de soins infirmiers seulement. Il n'existe aucun étalon-or pour mesurer la dotation en personnel infirmier, ce qui pose un défi aux responsables des politiques qui souhaitent s'appuyer sur de l'information solide<sup>43</sup>. De plus, la disponibilité de données fiables est limitée. Les sources de données utilisées dans plusieurs études sont souvent imprécises et incomplètes<sup>2;9</sup>. Les comparaisons s'avèrent donc un exercice périlleux et l'interprétation appelle à la prudence.

Les soins aux résidents des centres d'hébergement du territoire du CSSS de la Vieille-Capitale sont assurés à 40 % par du personnel infirmier et à 60 % par des préposées aux bénéficiaires. Bien que ces proportions soient dans la moyenne de ce qui est observé dans la littérature, la proportion d'infirmières (13 %) est plus faible que celles rapportées dans la majorité des études et nettement inférieure à celles recommandées dans les autres provinces canadiennes et ailleurs. Bien que les infirmières auxiliaires puissent assurer la surveillance clinique de plusieurs résidents dont l'état de santé est stable, l'infirmière n'est pas en mesure d'assurer un suivi clinique optimal en raison du grand nombre de résidents placés sous sa responsabilité<sup>3;44</sup>. La qualité des soins repose sur une équipe où les compétences de chacun sont complémentaires. Dans ce contexte il est essentiel que l'infirmière puisse recentrer ses activités à l'intérieur de son champ d'exercices spécifique en fonction de son niveau de responsabilité et d'imputabilité<sup>44</sup>.

Déterminer et maintenir une proportion et un niveau appropriés des différents types de personnel est problématique, particulièrement pour les centres d'hébergement où les besoins des résidents sont complexes et le recrutement et la rétention de personnel un enjeu<sup>45</sup>. Les soins infirmiers et les soins d'assistance prodigués aux aînés en perte d'autonomie présentent plusieurs défis, notamment en raison de la proportion croissante de résidents présentant des troubles cognitifs ou des problèmes psychiatriques<sup>3</sup>. Bien qu'une relation soit clairement établie entre la dotation en personnel et la qualité des soins aux résidents, aucune recherche concluante ne rapporte un modèle de soin ou une composition optimale de personnel assurant le bien-être des patients et du personnel dans les établissements de soins pour personnes âgées<sup>45</sup>.

La dotation en personnel dans les centres d'hébergement est un exercice complexe qui nécessite la prise en compte de plusieurs facteurs dont la lourdeur de la clientèle, les besoins particuliers de certains résidents, le modèle de prestation des soins ainsi que le niveau de compétence, l'expérience et la stabilité du personnel<sup>2;46</sup>.

## Références

1. Bigaouette M. (2003). Le monde change! Des chiffres qui font réfléchir. *Objectif Prévention* 26, 10-11.
2. Sharkey S. (2008). *People caring for people: impacting the quality of life and care of residents of long term care homes*. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care (Toronto) 84 p.
3. Voyer P, Collin F, Racine S, and Bourque M. (2013). Principes des soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie dans divers milieux cliniques. In *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie Une approche adaptée au CHSLD*, Voyer P, ERPI Universitaire.
4. Association canadienne des soins de santé. (2009). *Nouvelle direction pour les soins de longue durée en établissement*. (Ottawa).
5. Mc Gregor MJ, Tate RB, Ronald LA, McGrail KM, Cox MB, Berta W, and Broemeling A-M. (2010). Tendances de la dotation des établissements de soins de longue durée en Colombie-Britannique, selon la propriété de l'établissement, 1996-2006. In *Rapports sur la santé*, S. Canada, pp 27-35.
6. Lévesque G. (2007). L'hébergement et les soins de longue durée en établissement au Québec: évolution et tendances de la clientèle, des normes d'hébergement et du financement. *Comparaisons nationales et internationales*. Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, 83 p.
7. Kennedy A. (2009). Evaluating nursing staff mix in long-term care: A comprehensive framework for decision-makers. *Healthcare Quarterly* 12, 46-53.
8. Castle NG, and Engberg J. (2008). Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. *The Gerontologist* 48, 464-476.
9. Bostick JE, Rantz MJ, Flesner MK, and Riggs CJ. (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 7, 366-376.
10. Castle NG. (2008). Nursing home caregiver staffing levels and quality of care: A literature review. *J Applied Gerontology* 27, 375-405.
11. Schnelle JF, Simmons SF, Harrington C, Cadogan M, Garcia E, and Bates-Jensen BM. (2004). Relationship of nursing home staffing to quality of care. *Health Services Res* 39, 225-250.
12. Kim H, Kovner C, Harrington C, Greene W, and Mezey M. (2009). A panel data analysis of the relationships of nursing home staffing levels and standards to regulatory deficiencies. *Journals of Gerontology Series B- Psychological Sciences & Social Sciences* 64, 269-278.
13. Zhang N, Unruh L, Liu R, and Wan T. (2006). Minimum nurse staffing ratios for nursing homes. *Nursing Economics* 24, 78-85.
14. Murphy JM. (2006). Residential care quality: A review of the literature on nurse and personal care staffing and quality of care. *Nursing Directorate*, 85 p.
15. Grégoire A, Levesque M, and Proulx D. (2010). *Organisation du travail et revalorisation des pratiques: les rôles des membres de l'équipe de soins en CHSLD*. Sherbrooke, CSSS-IUGS.
16. Horn SD, Buerhaus P, Bergstrom N, and Smout RJ. (2005). RN staffing time and outcomes of long-stay nursing home residents. *Am J Nursing* 105, 58-70.
17. Kim H, Harrington C, and Greene WH. (2009). Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: A longitudinal analysis. *Gerontologist* 49, 81-90.
18. Konetzka RT, Stearns SC, and J, P. (2008). The staffing-outcomes relationship in nursing homes. *Health Res Educational Trust* 43, 1025-1042.

19. Kramer AM, and Fish R. (2001). The relationship between nurse staffing levels and the quality of nursing home care. In U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services, Appropriateness of minimum nurse staffing ratios in nursing homes. Report to Congress, Phase II Final. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) (Baltimore) 26 p.
20. Gouvernement du Québec. (2002). Projet de loi no 90 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Assemblée Nationale, Éditeur Officiel du Québec (Québec).
21. Bower BJ, Esmond S, and Jacobson N. (2000). The relationship between staffing and quality in long-term care facilities: Exploring the views of nurse aides. *J Nursing Care Quality* 14, 55-64.
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles. (Québec).
23. Aubry F, Godin K, and Couturier Y. (2011). Les préposées aux bénéficiaires face au processus d'implantation de l'AMV en soins de longue durée: critiques et perspectives futures. *Vie et Vieillesse* 9, 36-42.
24. Aubry F, Couturier Y, and Gilbert F. (2013). L'application de l'approche milieu de vie en établissement d'hébergement de longue durée par les préposés aux bénéficiaires du point de vue des préposés, infirmières auxiliaires et infirmières. *L'Infirmière Clinicienne* 10
25. Hyer K, Thomas KS, Branch LG, Harman JS, Johnson CE, and Weech-Maldonado R. (2011). The influence of nurse staffing levels on quality of care in nursing homes. *The Gerontologist* 51, 610–616.
26. Bryan S, Murphy JM, Doyle-Waters MM, Kuramoto L, Ayas N, Baumbusch J, Balka E, Mitton C, Gray J, Harrington C, et al. (2010). A systematic review of research evidence on : (a) 24-hour registered nurse availability in long-term care, and (b) the relationship between nurse staffing and quality in long-term care. University of British Columbia, 176 p.
27. Berta W, Laporte A, and Valdmanis V. (2005). Observations on institutional long-term care in Ontario: 1996-2002. *Canadian Journal on Aging* 24, 71-84.
28. Harrington C, Choiniere J, Goldmann M, Jacobsen FF, Lloyd L, McGregor M, Stanatopoulos V, and Szebehely M. (2012). Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries. *J Nursing Scholarship* 44, 88-98.
29. Park J, and Stearns SC. (2009). Effects of state minimum staffing standards on nursing home staffing and quality of care. *Health Services Research* 44, 56-78.
30. Canadian Union of Public Employees (CUPE) Ontario. (2008). Submission to the Review of staffing and care standards for long-term care homes. In. (Scarborough), 14 p.
31. Chief Coroner Province of Ontario. (2005). Casa Verde Bursing Home inquest. Jury verdict and recommendations. (Toronto).
32. Grenier N. (2008). Portrait de la main-d'oeuvre. Préposés aux bénéficiaires. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) (Québec), 28 p.
33. Harrington C, Carrillo H, Dowdell M, Tang PP, and Blank BW. (2011). Nursing Facilities, staffing, residents and facility deficiencies, 2005 through 2010. Department of Social and Behavioral Sciences, University of California. (San Francisco) 138.
34. Long-Term Care Task Force on Resident Care and Safety. (2012). Consultations to Address Abuse and Neglect in Long-Term Care Homes. Ontario Nurses' Association (Toronto) 9 p.

35. Registered Nurses' Association of Ontario. (2007). Staffing and care standards for long-term care homes. Submission to the Ministry of Health and Long-Term Care. (Toronto), 12 p.
36. Royal College of Nursing. (2010). Guidance on safe nurse staffing levels in the UK. (London), 54 p.
37. US Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) (2001). Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes. Report to Congress: Phase II Final. I-III, 12 p.
38. Castle NG, and Myers S. (2006). Mental health care deficiency citations in nursing homes and caregiver staffing. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 33.
39. Castle NG, and Engberg J. (2007). The influence of staffing characteristics on quality of care in nursing homes. *Health Services Research* 42, 1822-1847.
40. Castle NG, and Engberg J. (2006). Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist* 46, 62–73.
41. Lankshear AJ, Sheldon TA, and Maynard A. (2005). Nurse staffing and healthcare outcomes. A systematic review of the international research evidence. *Advance Nursing Sci* 28, 163-174.
42. Kash BA, Castle NG, Naufal GS, and Hawes C. (2006). Effect of staff turnover on staffing: A closer look at Registered Nurses, Licensed Vocational Nurses, and Certified Nursing Assistants. *The Gerontologist* 46, 609–619.
43. Harris A, and McGillis-Hall L. (2012). Données probantes pour éclairer le processus décisionnel de la composition du personnel: recherche documentaire thématique. Canadian Nurses Association (Ottawa), 48 p.
44. Voyer P, Cyr N, Gaudreault A, and Viens C. (2013). Réorganiser les soins en milieux d'hébergement tout en développant les compétences et en attribuant les bonnes activités de soins à la bonne catégorie d'intervenant. *La Gérontoise* 24.
45. Hodgkinson B, Haesler EJ, Nay R, O'Donnell MH, and NcAuliffe LP. (2011). Effectiveness of staffing models in residential, subacute, extended aged care setting on patient and staff outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 6
46. Howe CL. (2009). Staffing ratios in nursing homes. *Arizona Geriatrics Society* 15, 23-25.





## **Annexe**

**Tableau I. Données sur dotation du personnel en centre d'hébergement**

Références	Études Année Pays	Périodes de référence	Mesures <sup>1</sup>	Unités de mesure	Proportions Infirmières	Précisions
<b>Revue systématique de la littérature</b>						
Bostick <i>et al</i> , 2006		1975-2003	RN: 0,2-0,7 LPN: 0,5-0,7 NA: 1,95-3,4	hprd		Résultats agrégés Aucune donnée individuelle
Bryan <i>et al</i> 2010	Arling <i>et al</i> 2007 États-Unis	2004	Total: 3,12 RN+LPN: 1,01 NA: 2,1	hprd <sup>2</sup>	RN+LPN: 32,4%	105 établissements Colorado, Indiana, Minnesota, Mississippi
	Bostick 2004 États-Unis	2000	Total: 2,33 RN: 0,22 LPN: 0,61 NA: 1,50	hprd	RN+LPN: 35,6% RN: 9,4%	413 établissements Missouri
	Castle & Engberg 2007 États-Unis	2003	Total: 3,47 RN: 0,79 LPN: 0,89 NA: 1,79	CHPRD	RN+LPN: 48,4% RN: 22,8%	1 071 établissements Missouri, Texas, Pennsylvanie, New York, Connecticut, New Jersey
	Castle & Engberg 2008 États-Unis	2004	Total: 3,16 RN: 0,63 LPN: 0,84 NA: 1,69	CHPRD	RN+LPN: 46,5% RN: 19,9%	6 005 établissements Californie
	Castle & Myers 2006 États-Unis	2003	Total: 2,21 RN: 0,3 LPN: 0,49 NA: 1,42	CHPRD <sup>3</sup>	RN+LPN: 35,7% RN: 13,6 %	Étude nationale ~17 000 établissements

Références	Études Année Pays	Périodes de référence	Mesures <sup>1</sup>	Unités de mesure	Proportions Infirmières	Précisions
<b>Revue systématique de la littérature (suite)</b>						
Bryan <i>et al</i> 2010 (suite)	Dyck 2007 États-Unis	2000	Total: 2,93 RN: 0,35 LPN: 0,63 NA: 1,95	hprd	RN+LPN: 33,4% RN: 11,9%	2 951 établissements Ohio, Indiana, Illinois, Michigan, Wisconsin, Minnesota
	Kim, Kovner <i>et al</i> 2009 États-Unis	1999-2003	Total: 3,23 RN: 0,35 LPN: 0,61 NA: 2,27	hprd	RN+LPN: 29,7% RN: 10,8%	1 099 établissements
	Zhang <i>et al</i> 2006 États-Unis	2003	Total:3,03 RN: 0,31 LPN: 0,66 NA: 2,06 RN+LPN: 0,97	hprd	RN+LPN: 32,0% RN: 10,2%	National 14 113 établissements
Castle 2008	Akinci & Krolkowski 2005 États-Unis	2002	Total: 3,72 RN: 0,88 LPN: 0,65 NA: 2,18	hprd	RN+LPN: 41,1% RN: 23,7%	90 établissements Pennsylvanie
	Kash <i>et al</i> , 2006 États-Unis	2002	Total: 3,23 RN: 0,25 LVN: 0,86 NA: 2,12	hprd	RN+LPN: 52,5% RN: 7,7%	1 014 établissements Texas
	Castle & Engberg, 2006 États-Unis	2004	Total: 3,67 RN: 0,83 LPN: 0,93 NA: 1,91	CHPRD	RN+LPN: 48,0% RN: 22,6%	854 établissements Missouri, Texas, Connecticut, New York, Pennsylvania, and New Jersey

Références	Études Année Pays	Périodes de référence	Mesures <sup>1</sup>	Unités de mesure	Proportions Infirmières	Précisions
<b>Articles de revue</b>						
Harrington <i>et al</i> 2012	États-Unis	2010	moyenne Total: 3,9 RN: 0,71 LVN-LPN: 0,8 NA: 2,41	hprd	RN+LPN: 38,7% RN: 18,2%	
	Royaume Uni	2009	Total: 4,26	hprd	RN: 25%	
	Norvège	2009	Total: 2,8	hprd		12 établissements
	Suède	2009	Total: 5,19 3,05 avec formation formelle	hprd		
<b>Études publiées</b>						
Berta <i>et al</i> 2006	Canada	2001-2002	<u>Provinces Atlantiques</u> RN : 1.13	CHPRD		Établissements gouvernementaux Heures rémunérées
			<u>Ontario</u> RN : 0.39	CHPRD		Établissement gouvernementaux Heures rémunérées
			<u>Prairies</u> RN :0.88			
			<u>Alberta</u> RN : 0.97			

Références	Études Année Pays	Périodes de référence	Mesures <sup>1</sup>	Unités de mesure	Proportions Infirmières	Précisions
<b>Études publiées (suite)</b>						
Berta <i>et al</i> 2006 (suite)			<u>Colombie Britannique</u> RN: 1,09			
McGregor <i>et al</i> 2010	Colombie Britannique	2006	Total: 3,30 RN: 0,56	CHPRD	RN: 20%	Établissements gouvernementaux Heures rémunérées
Hyer <i>et al</i> 2011	États-Unis	2005	Total: 3,91 RN+LPN: 1,18 NA: 2,73		RN+LPN: 30,2%	
Park & Stearns 2009	États-Unis		Total: 2,93 RN: 0,34 LPN: 0,65 NA: 1,94	hprd	RN+LPN: 33,8% RN: 11,6%	Établissements 16 États
<b>Littérature grise</b>						
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)	Québec	2010-2011	Total: 3,19	hprd	RN+LPN: 38,0%	
Harrington et al 2011 U. of California San Francisco	Moyenne pour les États-Unis	2010	Total: 3,81 RN: 0,64 LPN/LVN: 0,78 NA: 2,39	hprd	RN+LPN: 37,3% RN: 16,8%	

Références	Études Année Pays	Périodes de référence	Mesures <sup>1</sup>	Unités de mesure	Proportions Infirmières	Précisions
<b>Littérature grise (suite)</b>						
Sharkey 2008	Ile du Prince- Édouard	2008	Total : 3,4	hprd	RN+LPN: 48,0%	Heures rémunérées

<sup>1</sup> RN : *registered nurses* (infirmières); LP(V)N : *licensed practical(vocational) nurses* (infirmières auxiliaires); NA : *nurse aide* (préposées)

<sup>2</sup> hprd : *hours per resident-day*

<sup>3</sup> CHPRD= converted hprd =  $\frac{\text{Full time equivalent} \times 1920 \text{ h}}{\text{nb résidents} \times 365 \text{ j}}$

**Tableau 2. Recommandations concernant la dotation du personnel en centre d'hébergement**


Organisation/référence	Lieu Année	Dotation (hprd)	Proportion Infirmière
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario	Ontario 2007	3,5	45%
Canadian Union of Public Employees (CUPE)	Ontario 2008	3,5	
Centers for Medicare and Medicaid Services (CMMS)	Etats-Unis 2001	RN: 0,55-0,75 RN+LPN: 1,15-1,30 NA : 2,4-2,8	
Coroner's inquest at Casa Verde 2005	Ontario	Total: 3,06 RN: 0,59	
Ontario Nurses' Association (ONA)	Ontario 2012	Total: 3,5 RN: 0,68	
Royal College of Nursing,	Royaume Uni 2010	Dotation rapportée sous forme de ratio personnel : résident selon le quart de travail.	35%
Harrington, 2012	États-Unis 2010	Standards minimaux (100 lits): Fédéral                      États 0,08                      RN                      0,06-0,32 0,3                      LN                      0,14-1,08	
	Terre-Neuve 2011	Total : 1, 5 (soins et supervision)	
	Nouvelle-Écosse 2011	RN+LPN: 1,0	

Organisation/référence	Lieu Année	Dotation (hprd)	Proportion Infirmières
Harrington, 2012 (suite)	Saskatchewan 2011	Total : 2,0 (soins personnels et infirmiers)	
	Royaume Uni UK Royal College of Nursing 2010		RN: 35%
	Allemagne 2007		RN: 50%
Sharkley, 2008	Ontario	Total: 3,5 RN: 1,0 NA: 2,5	
	Manitoba (à partir de 2011)	3,6 (heures rémunérées)	<80 lits: 30% RN, 70% NA > 80 lits: 35% RN, 65% NA
	Alberta	1,9 (heures rémunérées)	22%
	Nouveau-Brunswick	3,1	RN: 20% LPN: 40% NA: 40%
	Terre-Neuve	3,0 (clientèle lourde)	RN: 20% LPN: 40%
	Iles du Prince-Édouard	3,0	RN : 18% LPN : 30% NA : 52%





**Centre de santé et de services sociaux  
de la Vieille-Capitale**



Centre affilié universitaire