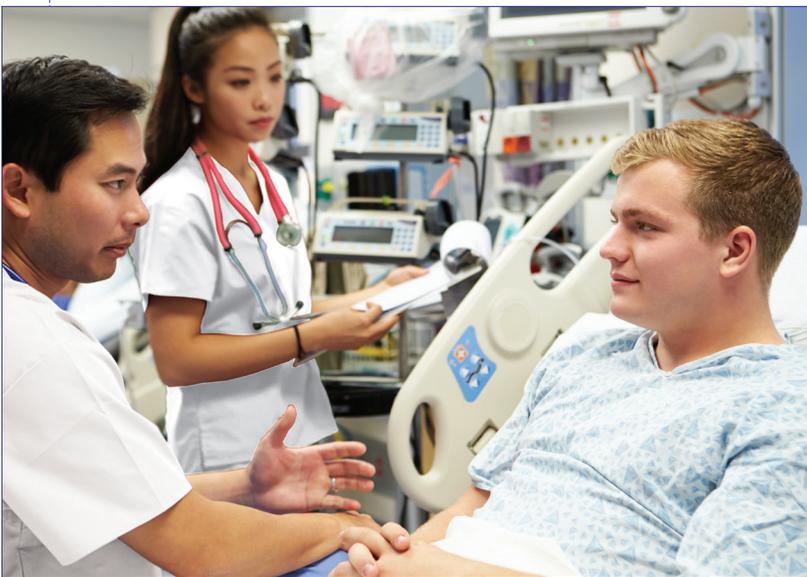




LA FÉDÉRATION  
CANADIENNE  
DES SYNDICATS  
D'INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS

# DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER : PLUS POUR MOINS

## MYTHE ou RÉALITÉ



**UN (1)** séjour à l'hôpital sur 18 au Canada s'est accompagné d'au moins un événement préjudiciable évitable en 2014-2015, et les coûts hospitaliers liés aux soins supplémentaires consécutifs totalisaient 685 millions de dollars (honoraires des médecins exclus). Parmi les patients ayant subis des préjudices, près de 20 % ont fait l'objet de plus d'un (1) événement préjudiciable pendant qu'ils étaient hospitalisés. Le taux de mortalité des patients ayant subis au moins un préjudice était quatre fois plus élevé que celui de ceux n'en ayant pas subis.<sup>1</sup> Pour 2009-2010, on estime à 1,1 milliard \$ le fardeau économique total des préjudices en soins actifs au Canada, excluant les coûts directs des soins après le congé de l'hôpital, ou les coûts sociétaux de la maladie, par exemple la perte de son état fonctionnel ou de sa productivité au travail.<sup>2</sup>

Des données venant de partout dans le monde établissent des liens entre la dotation en personnel infirmier, la composition du personnel (éventail des compétences) et les mauvais résultats des patients, notamment augmentation des décès, des chutes, des infections et de la durée du séjour à l'hôpital. Tout cela augmente les coûts dans le secteur de la santé. Combien de ces événements inutiles - personnels, sociaux et économiques - sont le résultat du non-respect de la dotation en personnel infirmier fondée sur les données probantes, et tenant compte du niveau de soins et de la quantité de soins?

Les données pullulent sur ce qui constitue le bon niveau et la bonne quantité de soins.<sup>3</sup> Or, le système de soins de santé ignore les preuves et met plutôt l'accent sur les « croyances » non fondées sur des données probantes. Personne ne remet en question le fait qu'il faille un neurochirurgien pour pratiquer une chirurgie du cerveau, mais nous n'utilisons pas la même logique lorsqu'il s'agit de soins infirmiers.

Pourquoi dépensons-nous la plus grande partie des budgets alloués au personnel du secteur de la santé sur la dotation en personnel infirmier? Parce que les infirmières et les infirmiers sont des professionnels de la santé essentiels et qu'ils sont des experts quand vient le temps de dispenser des soins. Le personnel infirmier protège la qualité des soins, s'assure que les résultats des patients seront les meilleurs possibles, et qu'il y aura peu d'événements indésirables. Lorsque nous diminuons les soins infirmiers, les coûts augmentent ailleurs au sein du système et la qualité des soins se détériore.

**INVESTIR DANS LES BUDGETS ALLOUÉS AUX SOINS INFIRMIERS  
= ÉCONOMIES POUR LE SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ.**

**C'EST UNE QUESTION DE BON SENS.**

**MYTHE** O U

**RÉALITÉ**

**Pour économiser des dollars dans le secteur de la santé, il faut réduire les budgets en soins infirmiers.**

**Une augmentation des heures de soins infirmiers permet d'économiser des dollars dans le secteur de la santé.**

- Selon une étude longitudinale américaine ayant examiné plus de 18 millions de congés de l'hôpital, les augmentations des niveaux de dotation en personnel infirmier (infirmières autorisées (IA) et infirmières auxiliaires autorisées (IAA)) s'accompagnent d'une réduction des événements indésirables et de la durée des séjours, et sans augmentation des coûts liés aux soins des patients.<sup>4</sup>
- Selon une étude de 292 unités de soins actifs médicaux et chirurgicaux de 125 centres médicaux pour anciens combattants, une augmentation des heures totales de soins infirmiers (IA et IAA) par patient, par jour, n'était pas liée à une augmentation du coût par admission à l'hôpital des patients en chirurgie.<sup>5</sup>
- Selon une étude de 799 hôpitaux de soins actifs dans 11 États, un nombre plus élevé d'heures de soins infirmiers (IA et IAA) diminue le nombre de jours-patients, les effets indésirables et les décès. De plus, l'augmentation annuelle des coûts hospitaliers est seulement de 1,5 % ou moins, et les dépenses diminuent avec le temps.<sup>6</sup>

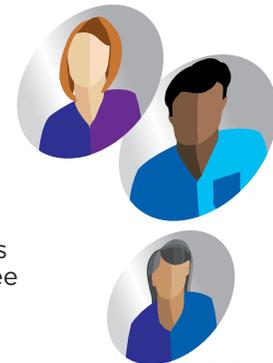
**MYTHE** O U

**RÉALITÉ**

**Le personnel infirmier autorisé coûte trop cher.**

**Les IA permettent d'économiser dans le secteur de la santé.**

- Selon une étude longitudinale américaine ayant examiné plus de 18 millions de congés de l'hôpital, lorsque les hôpitaux augmentaient de 4,2 % la proportion d'IA au sein du personnel infirmier, les coûts diminuaient de 3,1 %.<sup>7</sup>
- Selon une étude de 799 hôpitaux de soins actifs dans 11 États, une augmentation de la proportion d'IA sans augmentation des heures totales de soins infirmiers est liée à des économies nettes de 242 millions \$US à court terme, et de 1,8 milliards \$US à long terme. Cela s'explique par les événements indésirables qui ont été évités et par la diminution de la durée du séjour à l'hôpital.<sup>8</sup>
- Selon les données nationales sur les congés de l'hôpital, chaque IA embauchée génère des économies de 60 000 \$US et augmente la productivité à l'échelle nationale; ce chiffre ne tient pas compte des économies supplémentaires réalisées par la diminution du taux de roulement et du taux de réadmission à l'hôpital.<sup>9</sup>
- Chaque dollar dépensé pour ajouter une infirmière praticienne (IP) au sein d'une équipe de traumatologie d'un hôpital en Ontario représente un ratio coûts-avantages de 1 \$ : 4,22.<sup>10</sup>



**MYTHE** O U

**RÉALITÉ**

Le Canada n'a pas les moyens d'augmenter les soins infirmiers dispensés aux aînés.

Augmenter les soins infirmiers dispensés aux aînés permet d'économiser.



- L'examen de 17 études comparant des résidents sous les soins d'IP à d'autres résidents de foyers de soins révèle des taux moins élevés d'hospitalisation, ainsi que des coûts d'ensemble moindres pour les patients d'IP.<sup>11</sup>
- La possibilité que les IP permettraient de contrôler les coûts liés aux soins dispensés aux personnes âgées a été reconnue par le UnitedHealth Group. Selon une étude menée par ce groupe, permettre à des IP de gérer les patients des foyers de soins pourrait entraîner des économies de 166 milliards \$US (2010-2019) dans le secteur de la santé car cela permettrait de réduire les soins évitables et non pertinents.<sup>12</sup>
- Selon une étude de 1 376 résidents à risques de 82 foyers de soins, 30 à 40 minutes de soins IA/résident/jour, comparativement à <10 minutes, étaient liés à un nombre moindre de plaies de pression, d'hospitalisations et d'infections urinaires. Cela se traduisait en économies sociétales annuelles nettes de 3 391 \$/résident/année.<sup>13</sup>

**MYTHE** O U

**RÉALITÉ**

**Les soins gérés par des infirmières sont plus dispendieux que les soins traditionnels.**

**Les soins communautaires gérés par des infirmières constituent une alternative rentable par rapport aux soins traditionnels, et les résultats des patients sont meilleurs.**

- Selon des chercheurs des Pays-Bas, la gestion, par des infirmières, des soins dispensés aux enfants non hospitalisés souffrant d'asthme était aussi efficace que le suivi assuré par un pédiatre, et représentait un coût inférieur de 17,5 %, même lorsque les infirmières consacraient deux fois plus de temps aux soins de suivi.<sup>4</sup>
- En Angleterre, les équipes de soins respiratoires intermédiaires, gérées par des infirmières et offrant des soins actifs à domicile aux patients souffrant de MPOC, représentent, selon les estimations, un coût 62 % inférieur à celui des soins conventionnels.<sup>15</sup>
- Selon Wound Care Canada, en Ontario, les soins des plaies dispensés par des infirmières spécialistes généreraient des économies de 338 millions \$ pour la collectivité (une réduction de 66 %), et des économies supplémentaires de 24 millions \$ grâce à la diminution des hospitalisations en raison d'un moins grand nombre d'infections et d'amputations.<sup>16</sup>
- Un examen systématique d'essais cliniques randomisés d'infirmières praticiennes révèle que lorsque les IP assument des rôles dans la prestation de soins primaires ambulatoires, les résultats des patients sont similaires ou meilleurs que ceux des comparateurs et représentent des économies potentielles.<sup>17</sup>
- Après un examen systématique de 37 études, les données indiquent, de façon constante, que les soins dispensés par des IP ou par des médecins donnent des résultats similaires par rapport aux facteurs engendrant des coûts, notamment la durée du séjour à l'hôpital, les visites à l'urgence, et les hospitalisations.<sup>18</sup>
- Un examen systématique de la littérature sur les interventions faites par le personnel infirmier indique que les modèles de soins gérés par les infirmières sont plus efficaces, et le coût est égal ou moindre que celui des soins gérés par les médecins.<sup>19</sup>



**MYTHE**

**RÉALITÉ**

**Les établissements de santé n'ont pas les moyens d'embaucher un plus grand nombre d'infirmières.**

**Les établissements de santé peuvent embaucher davantage d'infirmières sans coûts supplémentaires.**

- En 2016, les infirmières du secteur public ont fait 15,2 millions d'heures supplémentaires rémunérées et 4,9 millions d'heures supplémentaires non rémunérées. Les heures supplémentaire rémunérées et non rémunérées représentent 968 millions \$ par année. Cet argent permettrait d'embaucher plus de 11 000 infirmières à temps plein.<sup>20</sup>
- Selon les études, les heures supplémentaires sont une variable explicative du roulement de personnel.<sup>21</sup> Selon le *2016 National Healthcare Retention and RN Staffing Report*, le coût moyen du roulement d'une IA de chevet varie de 37 700 \$ à 58 400 \$.<sup>22</sup>
- Selon une étude rétrospective en deux étapes, les coûts liés au roulement du personnel infirmier étaient de 1,2 à 1,3 fois le salaire annuel moyen des IA, notamment 82 000 \$ à 88 000 \$.<sup>23, 24</sup>
- Selon une étude qui a comparé la dotation en IA travaillant des heures régulières et d'IA faisant des heures supplémentaires, une plus grande dotation en IA travaillant des heures régulières a généré des économies annuelles nettes de 11,64 millions \$US, et des économies supplémentaires de 544 000 \$US grâce à la réduction des heures supplémentaires IA.<sup>25</sup>

**MYTHE**

**RÉALITÉ**

**Augmenter l'accès aux services de santé mentale coûte trop cher.**

**On peut établir le bien-fondé d'augmenter les services de santé mentale dispensés par le personnel infirmier.**

Il n'y a pas de  
**SANTÉ**  
sans  
**SANTÉ**  
**MENTALE**

- Chaque dollar investi dans les programmes d'éducation des parents et de soutien à la famille, par exemple visites à domicile par le personnel infirmier combinées à l'éducation à la petite enfance, donne de meilleur résultats pour les personnes souffrant de désordres mentaux ou de maladie mentale, et le ratio coûts-avantages varie de 1 \$ à 2 \$ jusqu'à 1 \$ à 16 \$.<sup>26</sup>
- Selon une étude, un service d'intervention précoce dans les cas de psychoses, offert par des équipes, y compris les infirmières communautaires psychiatriques, représentait, après 24 mois, un coût inférieur de 961 £ à celui des soins habituels.<sup>27</sup>
- Chaque 1 \$ investi dans les services psychologiques financés par l'État, et dispensés aux adultes souffrant de dépression, y compris les services offerts par les infirmières psychiatriques, générerait 2 \$ pour la société en raison de la diminution des hospitalisations et des tentatives de suicide.<sup>28</sup>
- Selon une étude, le coût d'une équipe d'intervention rapide pour adolescents suicidaires, et formée d'un psychiatre, d'une infirmière psychiatrique et autres professionnels de la santé, était de 1 886 \$ inférieur au coût des soins habituels.<sup>29</sup>

# MYTHE ou RÉALITÉ

- <sup>1</sup> Institut canadien d'information sur la santé. (2016). *Mesure des préjudices subis par les patients dans les hôpitaux canadiens*. Ottawa: ICIS.
- <sup>2</sup> Etchells, E., Mittman, N., Koo, M., Baker, M., Krahn, M., Shojania, K., et al. (2010). *L'économie de la sécurité des patients*. Ottawa: Institut canadien de la sécurité des patients.
- <sup>3</sup> Brooten, D., Youngblut, J.M. (2006). Nurse dose as a concept. *J Nurs Scholarsh.* 2006;38(1):94-9.
- <sup>4</sup> Martsof, G.R., Auerbach, D., Benevent, R., Stocks, C., Jiang, J., Pearson, M., Ehrlich, E., & Gibson, T. (2014). Examining the value of inpatient nurse staffing: an assessment of quality and patient care costs. *Medical Care*, 52, 982-988.
- <sup>5</sup> Li, Y., Wong, E., Sales, A., Sharp, N., Needleman J., Maciejewski M., Lowy E., Alt-White, A.C. & Liu C. (2011). Nurse staffing and patient care costs in acuteinpatient nursing units. *Medical Care*, 49, 708-715.
- <sup>6</sup> Needleman, J., Buerhaus, P.I., Stewart, M., Zelevinsky, K. & Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25, 204-211.
- <sup>7</sup> Martsof, G.R., Auerbach, D., Benevent, R., Stocks, C., Jiang, J., Pearson, M., Ehrlich, E., & Gibson, T. (2014). Examining the value of inpatient nurse staffing: an assessment of quality and patient care costs. *Medical Care*, 52, 982-988.
- <sup>8</sup> Needleman, J., Buerhaus, P.I., Stewart, M., Zelevinsky, K. & Mattke, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25, 204-211.
- <sup>9</sup> Dall, T., Chen, Y., Seifert, R., et al. (2009). The economic value of professional nursing. *Medical Care*, 47, 97-104.
- <sup>10</sup> RNAO. (n.d.). *Nurse Practitioner utilization toolkit: Cost Benefit Analysis*. Tiré de [www.nptoolkit.rnao.ca/why-nps-make-sense/economic-analysis/cost](http://www.nptoolkit.rnao.ca/why-nps-make-sense/economic-analysis/cost)
- <sup>11</sup> Bakerjian, D. (2008). Care of nursing home residents by advanced practice nurses: A review of the literature. *Research in Gerontological Nursing*, 1(3), 177-185.
- <sup>12</sup> UnitedHealth Group (2009). *Federal Health Care Cost Containment: How in Practice Can It Be done? Options With a Real World Track Record of Success*. Tiré de : [www.unitedhealthgroup.com/hrm/UNH\\_WorkingPaper1.pdf](http://www.unitedhealthgroup.com/hrm/UNH_WorkingPaper1.pdf)
- <sup>13</sup> Horn, S. (2008). The business case for nursing in long-term care. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 9(2), 88-93.
- <sup>14</sup> Kamps, A., Roorda, R., Kimpen, J., Overgoor-van de Groes, A., van Helsdingen-Peek, L., & Brand, P. (2004). Impact of nurse-led outpatient management of children with asthma on healthcare resource utilisation and costs. *Eur Respir J*, 23(2), 304-309.
- <sup>15</sup> Ward, S., Barnes, H., & Ward, R. (2005). Evaluating a respiratory intermediate care team. *Nursing Standard*, 20(5), 46-50.
- <sup>16</sup> Browne, G., Birch, S., & Thabane, L. (2012). *De meilleurs soins : une analyse des soins infirmiers et des résultats*. Ottawa: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- <sup>17</sup> Martin-Misener, R., Harbman, P., Donald, F., et al. (2015). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*, 5, e007167.
- <sup>18</sup> Newhouse, R., Stanik-Hutt, J., Whlte, K., Johantgen, M., Bass, E., Zangaro, G., et al. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: A systematic review. *Nursing Economics*, 29(5), 230-250.
- <sup>19</sup> Browne, G., Birch, S., & Thabane, L. (2012). *De meilleurs soins : une analyse des soins infirmiers et des résultats*. Ottawa: Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.
- <sup>20</sup> Jacobson Consulting Inc. (2017). *Tendances : absentéisme en raison de maladie ou incapacité personnelle, et heures supplémentaires chez le personnel infirmier autorisé du secteur public. Faits en bref 2017*. Ottawa: Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. Tiré de [https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2017/05/Quick\\_Facts\\_Absenteeism-and-Overtime-2017-Final28fr29.pdf](https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2017/05/Quick_Facts_Absenteeism-and-Overtime-2017-Final28fr29.pdf)
- <sup>21</sup> Shader, K., Broome, M., Broome, C.D., West, M., & Nash, M. (2001). Factors influencing satisfaction and anticipated turn-over for nurses in an academic medical center. *Journal of Nursing Administration*, 3(4), 210-216.
- <sup>22</sup> Nursing Solutions Inc. (2016). *2016 National Healthcare Retention & RN Staffing Report*. Tiré de [www.nsinursingsolutions.com/Files/assets/library/retention-nstitute/NationalHealthcareRNRetentionReport2016.pdf](http://www.nsinursingsolutions.com/Files/assets/library/retention-nstitute/NationalHealthcareRNRetentionReport2016.pdf)
- <sup>23</sup> Jones, C.B. (2004). The costs of nurse turnover, part 1: An economic perspective. *Journal of Nursing Administration*, 34(12), 562-570.
- <sup>24</sup> Jones, C.B. (2005). The costs of nurse turnover, part 2: Application of the nursing turnover cost calculation methodology. *Journal of Nursing Administration*, 35(1), 41-49.
- <sup>25</sup> Weiss, M., Yakusheva, O., Bobay, K. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Research and Educational Trust*. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2011.01267.x
- <sup>26</sup> Karoly, L.A. (2010). Working Paper: Toward Standardization of Benefit Cost Analyses of Early Childhood Interventions. Rand Corporation. Cited in Roberts, G., et. al. (2011) op. cit.
- <sup>27</sup> Valmaggia, L., et al (2009). Economic impact of early intervention in people at high risk of psychosis. *Psychological Medicine*, 39(10), 1617-1626. doi:10.1017/S0033291709005613.
- <sup>28</sup> Vasiliadis, H., Latimer, E., Drapeau, M., & Lesage, A. (2017). Assessing the Costs and Benefits of Insuring Psychological Services as Part of Medicare for Depression in Canada. *Psychiatric Services*, (May). doi.org/10.1176/appi.ps.201600395.
- <sup>29</sup> Latimer, E., Gariépy, G., & Greenfield, B. (2014). Cost-effectiveness of a rapid response team intervention for suicidal youth presenting at an emergency department. *CanJPsychiatry*, 59(6), 310-318.



LA FÉDÉRATION  
CANADIENNE  
DES SYNDICATS  
D'INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS  
D'INFIRMIÈRES ET D'INFIRMIERS

2841, promenade Riverside, Ottawa (ON) K1V 8X7

Téléphone : 613-526-4661 · Sans frais : 1-800-321-9821

[www.fcsii.ca](http://www.fcsii.ca)