

Octobre 2024



LA FÉDÉRATION  
CANADIENNE  
DES SYNDICATS  
D'INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS

# AUTONOMISER LE PERSONNEL INFIRMIER, AMÉLIORER LES SOINS

**Leçons sur la dotation sécuritaire  
en personnel et les ratios infirmières-patients  
en Irlande et au Royaume-Uni**

**Rapport de données probantes actuelles**

Alexandra Hamill, maîtrise en santé publique, B. Sc., inf. aux. aut.,  
spécialiste des politiques et de la recherche  
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Justin Hiltz, M. Sc., B. Sc., chercheur  
Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse (SIINE)





# Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

La FCSII est la plus grande organisation infirmière au Canada. Elle représente infirmières et infirmiers syndiqués de première ligne de tous les secteurs de soins — soins à domicile, SLD, soins communautaires et actifs — ainsi que les étudiantes et étudiants en sciences infirmières. Elle se porte à la défense d'enjeux prioritaires afin de consolider les soins de santé publics partout au pays.

## Reconnaissance du territoire

D'un océan à l'autre, nous reconnaissons le territoire ancestral et non cédé de tous les Inuits, Métis et peuples des Premières Nations qui appellent ces terres leur chez-soi. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers est située sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin Anishinaabeg. En tant que colonisateurs et visiteurs, nous estimons devoir reconnaître l'importance de ces terres que nous appelons notre chez-soi. Nous le faisons pour réaffirmer notre engagement et notre responsabilité à améliorer les relations entre les nations, à travailler à la guérison des plaies du colonialisme et à améliorer notre propre compréhension des peuples autochtones locaux et de leurs cultures.

### Publié par :

Fédération canadienne des syndicats  
d'infirmières et infirmiers  
2841, promenade Riverside  
Ottawa (ON) K1V 8X7  
613-526-4661

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

### ISBN

Version numérique: 978-1-990840-27-2

### Traduction

Jocelyne Demers-Owoka  
Ideal Translation

### Équipe de projet de la FCSII

Coordonnatrice de recherche : Alexandra Hamill  
Conception et mise en page : Holly Drew  
Soutien du projet : Oxana Genina

### Rapport rédigé par :



**Alexandra Hamill, maîtrise en santé publique, B. Sc., inf. aux. aut., spécialiste des politiques et de la recherche**  
Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers



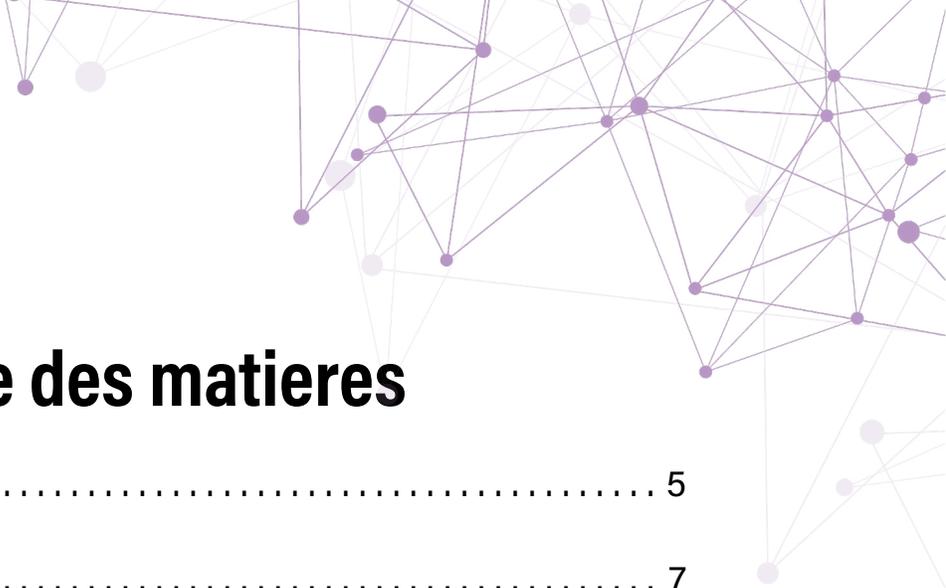
**Justin Hiltz, M. Sc., B. Sc., chercheur**  
Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse (SIINE)

© 2024 Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Tous droits réservés. Aucune partie de ce livre ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation de l'éditeur.

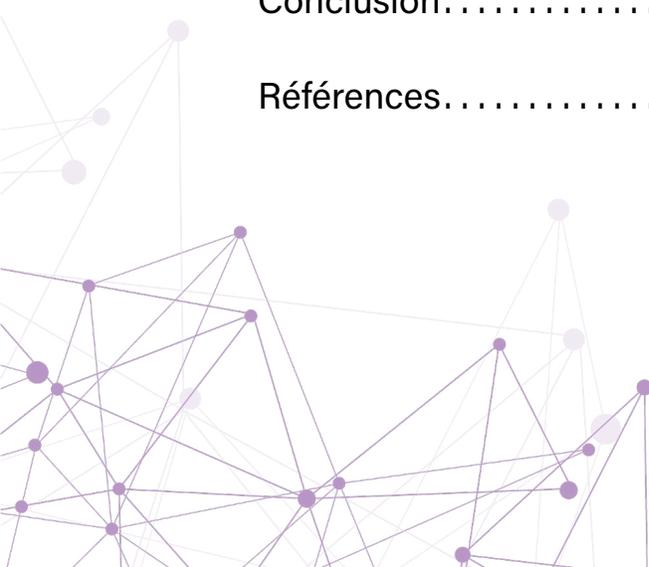
## Organisations membres de la FCSII





# Table des matieres

Message de la présidente .....	5
Contexte .....	7
But .....	7
Énoncés de valeur .....	8
République d'Irlande .....	12
Royaume-Uni - le Royal College of Nursing (RCN) .....	15
Irlande du Nord .....	15
Pays de Galles .....	18
Écosse .....	20
Angleterre .....	23
Principaux points à retenir .....	25
Conclusion .....	27
Références .....	28





## Message de la présidente

### Avons-nous une pénurie d'infirmières - ou une pénurie d'infirmières prêtes à travailler en manque de personnel?

Notre système de soins de santé est en sous-effectif depuis trop longtemps, ce qui pousse le personnel infirmier à prendre la porte. Il est temps de nous demander si nous avons une pénurie de personnel infirmier – ou encore une pénurie d'infirmières prêtes à travailler dans les conditions dangereuses et non viables qui sont devenues la norme.

Un sondage auprès de nos membres de la FCSII montre que quatre infirmières sur dix ont l'intention de quitter leur emploi, leur profession ou de prendre leur retraite au cours de la prochaine année.<sup>1</sup> Les niveaux de dotation et la charge de travail ont été identifiés par nos membres comme les principales raisons pour lesquelles ils envisageraient de quitter leur emploi. De toute évidence, la charge de travail est devenue trop lourde pour de nombreux infirmières et infirmiers, et ces derniers cherchent des débouchés en dehors des soins de santé publics, comme avec des agences privées de personnel en soins infirmiers, ce qui n'est pas viable pour notre système public de soins de santé.

Nous préconisons des ratios infirmières-patients depuis au moins 2005, lorsque nous avons publié notre premier rapport faisant appel aux ratios infirmières-patients. La preuve existait à l'époque, mais elle a continué de croître chaque année, de plus en plus d'administrations constatant l'immense valeur des ratios obligatoires. En 2012 encore, nous avons examiné les répercussions de la charge de travail infirmière sur les soins aux patients et nous avons constaté qu'une charge de travail élevée entraînait de mauvais résultats pour les patients, y compris la mortalité, les infections nosocomiales, les erreurs de médication et plus encore. En 2016, le Conseil exécutif national de la FCSII a rencontré la New Zealand Nurses Organisation pour voir en action leur méthode de dotation sécuritaire, apportant un sentiment renouvelé de détermination à faire des ratios une réalité au Canada. Après de nombreuses années de travail acharné, nous commençons à voir l'aiguille bouger, avec des ententes visant à mettre en œuvre des ratios en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse en 2023, et encore une fois en 2024, une lettre d'intention a été signée pour amorcer le processus d'introduction des ratios infirmières-patients au Manitoba.

Des ratios infirmières-patients sécuritaires sont essentiels pour assurer des soins sécuritaires aux patients, car ces deux éléments sont étroitement corrélés. Réduire le nombre de patients que chaque infirmière doit soigner signifie que les patients reçoivent les soins qu'ils méritent et que le risque de résultats négatifs diminue. Les recherches menées dans les pays où les ratios de dotation en personnel obligatoires sont en place montrent qu'ils permettent qu'un plus grand nombre de personnel infirmier sauve des vies, qu'ils réduisent la durée du séjour à l'hôpital, diminuent la probabilité de réadmission et qu'ils favorisent le fait que le personnel infirmier est moins susceptible de se blesser ou de devenir épuisé émotionnellement, ce qui entraîne une diminution du roulement des effectifs.<sup>2,3,4,5</sup> *La Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers*

de Santé Canada met en évidence les pratiques de dotation sécuritaire comme l'un de ses thèmes fondamentaux qui influent sur le maintien en poste du personnel infirmier.<sup>6</sup>

Les ratios infirmiers existent déjà partout. Dans une unité donnée, il y a un certain nombre de patients à soigner et un certain nombre d'infirmières/infirmiers nécessaires pour fournir ces soins. Le fait de mettre en place de ratios infirmières-patients sécuritaires obligatoires garantit que le ratio est fondé sur des données probantes et non pas seulement sur l'historique des niveaux de dotation ou sur les données du service des finances. Le statu quo n'a pas fonctionné, il est donc temps d'apporter un changement, et les ratios infirmières-patients sont un changement fondé sur des données probantes qui peut être apporté pour assurer le bien-être du personnel infirmier, améliorer les résultats pour les patients et retenir le personnel infirmier. Les soins infirmiers doivent constituer un emploi de choix que les infirmières et infirmiers peuvent conserver pendant toute leur carrière. Veiller à ce que leurs charges de travail soient raisonnables en imposant des ratios infirmières-patients minimum peut réduire les taux d'épuisement professionnel et nous aider à nous sortir de la pénurie d'infirmières prêtes à travailler dans ces conditions en retenant plus d'infirmières à long terme, ce qui se traduit par de meilleurs soins aux patients.

La FCSII continue de faire avancer cette question cruciale en accueillant des dirigeants nationaux et internationaux en soins infirmiers à l'occasion du Sommet sur les ratios infirmières-patients en novembre 2024 pour partager les connaissances et commencer à construire une voie vers la diffusion et la mise à l'échelle de ratios infirmières-patients à travers le Canada.

Toujours solidaire,



Linda Silas, présidente de la FCSII



## Contexte

---

Au printemps 2024, des membres du Conseil exécutif national de la FCSII ainsi que deux chercheurs se sont rendus en République d'Irlande, en Irlande du Nord, au pays de Galles, en Écosse et en Angleterre pour rencontrer des syndicats d'infirmières et infirmiers, des chercheurs, des représentants du gouvernement, des employeurs, des organismes de réglementation et des infirmières et infirmiers de première ligne afin de discuter de la façon dont les cadres de dotation sécuritaire et les ratios infirmières-patients ont été mis en œuvre dans leur pays.

La FCSII milite en faveur des ratios infirmières-patients depuis des décennies, et ce, avant même de publier le document de travail intitulé *Enhancement of Patient Safety through Formal Nurse-Patient Ratios* en 2005, rédigé par la D<sup>re</sup> Gail Tomblin Murphy.<sup>7</sup> Depuis lors, la recherche a pris de l'ampleur, ce qui a donné lieu à une solide base de données scientifiques et à de nombreux exemples de changements fondamentaux dans le monde réel. Un vaste corpus de recherches souligne l'impact critique des niveaux de dotation sur le bien-être du personnel infirmier et les résultats en matière de soins aux patients. Des études indiquent que les patients supplémentaires assignés à une infirmière ou un infirmier sont associés à un épuisement émotionnel accru et à un risque plus élevé d'épuisement professionnel. En revanche, les administrations ayant des règlements sur la dotation minimale en personnel infirmier, comme la Californie et l'Australie, ont observé de nombreux avantages, notamment une satisfaction accrue au travail, de meilleures cotes de sécurité des patients, une réduction des blessures professionnelles et une diminution des plaintes des patients et de leur famille.

Au fil des ans, plusieurs syndicats d'infirmières et infirmiers ont porté la demande pour la mise en œuvre des ratios infirmières-patients aux tables de négociation, mais il a fallu attendre 2023 pour que le Syndicat d'infirmières/infirmiers de la Colombie-Britannique (SIICB) et le Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse (SIINE) obtiennent enfin des engagements pour la mise en œuvre des ratios infirmières-patients. Le SIICB est financé par le gouvernement provincial pour élaborer conjointement des ratios infirmières-patients obligatoires propres à chaque zone de service, en collaboration avec les employeurs du secteur de la santé. Le processus a commencé avec les unités médicales et chirurgicales de malades hospitalisés et progressera dans tous les autres domaines. En Nouvelle-Écosse, les employeurs de soins actifs sont maintenant contractuellement tenus de doter les unités d'un nombre minimum d'heures de soins infirmiers par jour-patient, remplies par un nombre précis d'infirmières autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées selon le nombre de patients et leurs besoins particuliers, ce que l'on appelle les « ratios plus ».

## But

---

Les infirmières prétendent depuis longtemps que le manque de personnel est l'une des principales raisons pour lesquelles elles envisageraient de quitter la profession. Pas plus tard qu'en 2024, la FCSII a signalé que c'était la principale raison pour laquelle 40 % des membres envisageaient de quitter leur emploi ou leur profession. Cette visite visait à répondre aux préoccupations du personnel infirmier en soins directs en explorant des solutions internationales pour des ratios infirmières-patients sécuritaires. Les objectifs clés comprenaient la rencontre avec divers intervenants en soins infirmiers et en soins de santé, la visite d'infirmières et infirmiers de première ligne pour comprendre l'impact des ratios de dotation, l'examen de différents cadres de dotation et la collecte de renseignements pour éclairer les discussions lors du Sommet sur les ratios infirmières-patients de la FCSII à l'automne 2024.

# Énoncés de valeur



## Darlene Jackson

PRÉSIDENTE DU SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS  
DU MANITOBA (SIIM)

« Entendre les gains réalisés au Royaume-Uni en ce qui concerne les ratios infirmières-patients était très encourageant, cependant, nous pouvons apprendre beaucoup de leurs expériences lorsque nous développons nos propres ratios infirmières-patients. Je pense que le fait que la majorité des programmes de soins de santé soient dirigés par des infirmières et infirmiers au Royaume-Uni est tellement important. Personne ne sait mieux que le personnel infirmier quels sont les besoins des patients, et je crois que la participation directe des infirmières et infirmiers de première ligne à l'élaboration des ratios infirmières-patients est la clé du succès. »



## Janet Hazelton

PRÉSIDENTE DU SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS  
DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE (SIINE)

« Participer à ce voyage d'étude avec la FCSII est venu au moment idéal pour le SIINE. Après avoir élaboré des ratios infirmières-patients basés sur les heures de soins infirmiers, les connaissances tirées du voyage ont aidé le SIINE à apprendre des autres administrations avant de mettre en œuvre notre propre système. Un élément clé à retenir a été l'importance d'unités de dotation avec suffisamment de « marge de manœuvre » pour tenir compte des congés du personnel infirmier, comme on le voit dans de nombreux modèles britanniques. Un autre point essentiel était de sensibiliser le public au niveau de dotation de chaque unité. L'affichage du nombre prévu d'infirmières et infirmiers pour chaque unité, ainsi que des niveaux de dotation actuels, est essentiel pour promouvoir la transparence et gérer les attentes. Les familles méritent de savoir si les infirmières et infirmiers disposent de ressources suffisantes pour répondre aux besoins des patients. »

# Énoncés de valeur



## Paula Doucet

PRÉSIDENTE DU SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS  
DU NOUVEAU-BRUNSWICK

« Faire partie du Conseil exécutif national de la FCSII m'a donné l'occasion d'apprendre des partenariats internationaux avec la Irish Nurses and Midwives Organisation (INMO) et le Royal College of Nursing (RCN). Nous avons été étonnés de constater qu'il n'y avait pas de postes vacants à l'hôpital Beaumont à Dublin, en Irlande, et ils soutiennent vraiment tout leur personnel dans leur parcours éducatif jusqu'à la désignation qu'ils aspirent à être, de l'infirmière étudiante à l'infirmière de pratique avancée. Bien que l'Irlande du Nord ne dispose pas actuellement de ratios infirmières-patients, ils sont pleinement déterminés à assurer une dotation sécuritaire en personnel infirmier, et leur priorité dans ce domaine reste de demander à leurs gouvernements de rendre compte de la mise en œuvre des mesures nécessaires pour fournir le niveau et la qualité des soins de santé que leurs membres souhaitent dispenser. Cette visite a apporté un aperçu précieux sur la façon dont nous pouvons faire fonctionner cela au Nouveau-Brunswick. »



## Adriane Gear

PRÉSIDENTE DU SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS  
DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE (SIICB)

« C'était une expérience incroyable de visiter le pays de Galles, l'Écosse et Londres pour en apprendre davantage sur leurs stratégies de dotation sécuritaire en personnel. Chaque administration a partagé une solution novatrice qui a contribué à améliorer le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier. C'était fascinant de visiter les hôpitaux et d'observer les politiques en action. Parmi les faits saillants, mentionnons la visite d'un service d'urgence avec une sous-unité gériatrique spécialisée et un service zone étudiante au Western General Hospital. J'ai également été heureuse de rencontrer le responsable des relations de travail du RCN Écosse et d'en apprendre davantage sur leur modèle de relations industrielles et leurs réussites. Je tiens à remercier le RCN de nous avoir accueillis et de nous avoir offert des présentations informatives. Ce fut un plaisir de partager de l'information sur l'entente stratégique dirigée par des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique sur les ratios infirmières-patients minimums et d'apprendre les uns des autres. »

# Énoncés de valeur



## Danielle Larivee

VICE-PRÉSIDENTE D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS UNIS  
DE L'ALBERTA (IIUA)

« Un grand merci à nos hôtes pour les efforts qu'ils ont déployés afin de nous montrer à quel point les cadres de dotation sécuritaire ont fait une différence considérable en matière de soins de santé, même s'ils ne sont pas parfaits. La preuve était dans le pouding! Les niveaux de dotation sécuritaire ont clairement amélioré la qualité des soins pour les patients, tout en augmentant la satisfaction au travail et en diminuant l'épuisement professionnel du personnel infirmier. Les niveaux de dotation sécuritaire sont importants et il faut se battre en leur faveur. J'ai également été impressionné de voir qu'ils ont intégré des ETP supplémentaires pour tenir compte des absences planifiées et imprévues – une approche que l'Alberta doit suivre. La voix forte du personnel infirmier dans ses systèmes de soins de santé et les gouvernements mènent à un engagement interpartite, à une approche fondée sur des données probantes, pour aborder les niveaux de dotation sécuritaire. Il me semble qu'ils ont réussi à y parvenir en ayant une infirmière au sommet de la fonction publique – la voix du personnel infirmier y est forte « du service au conseil ». S'assurer que les infirmières et infirmiers soient aux bonnes tables pourrait faire partie de notre réussite dans notre propre combat. »



## Tracy Zambory

PRÉSIDENTE DU SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS  
DE LA SASKATCHEWAN (SIIS)

« J'aimerais remercier tous les hôtes et les conférenciers qui nous ont rencontrés et qui ont discuté de leurs expériences en matière de dotation sécuritaire. J'ai vu que les syndicats d'infirmières et infirmiers jouent un rôle clé dans la réalisation des ratios infirmières-patients, et que les gouvernements ne feront rien sans cette pression. Cette pression commence maintenant à s'exercer au niveau mondial. Nous prendrons en considération de nombreux éléments de ce que nous avons vu, lorsque viendra le temps de déterminer ce qui fonctionnera à la maison. Nous avons observé les avantages d'avoir des ratios intégrés dans la législation, ce qui semble les rendre beaucoup plus difficiles à détourner. Une approche intéressante que nous avons vue était d'exiger des établissements qu'ils mettent en œuvre des ratios avant de pouvoir être accrédités par le gouvernement. J'aimerais aussi rappeler le respect que nous avons constaté pour le jugement professionnel du personnel infirmier. Leurs voix étaient écoutées dans les processus de prise de décisions, ce qui était très rafraîchissant à voir. Je tiens à saluer la générosité, l'ouverture à partager et les discussions approfondies qui ont rendu cela possible. Je suis très reconnaissante d'avoir vécu cette expérience. »



## Barbara Brookins

PRÉSIDENTE DU SYNDICAT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD (SIIPE)

« La visite a fourni des renseignements précieux grâce à des présentations de dirigeants en soins infirmiers, d'infirmières et infirmiers de première ligne, d'employeurs, d'organismes de réglementation et d'établissements d'enseignement. Les principales constatations ont mis en évidence le besoin critique d'augmenter les niveaux de dotation, et des recommandations suggèrent une augmentation de 23-24 % pour tenir compte des absences planifiées et imprévues. Un exemple notable a été observé dans un service d'urgence qui connaissait auparavant un taux de vacance de postes de 45 %, qui a depuis été résolu grâce à des stratégies proactives de dotation. La visite a également mis en évidence l'efficacité d'outils comme Trendcare, en démontrant leur rôle dans l'allocation des ressources et la validation des besoins en personnel. De plus, l'accent mis sur la formation continue, y compris les possibilités accessibles du genre « université ouverte » pour tout le personnel, a souligné l'importance de l'amélioration des compétences et de la reconnaissance de l'expertise chez les infirmières et infirmiers de première ligne. Le dialogue avec les conférenciers et le personnel infirmier de première ligne a été instructif et la visite a favorisé un environnement collaboratif où les défis et les solutions ont été ouvertement partagés. »





## République d'Irlande

**HÔTES :** Phil Ní Sheaghda - Secrétaire générale de l'INMO; Tony Fitzpatrick - Directeur des services professionnels de l'INMO; Edward Matthews - Secrétaire général adjoint de l'INMO

**CONFÉRENCIERS :** Karen Greene - infirmière en chef adjointe, Ray Healy - directrice des inscriptions au Nursing and Midwifery Board of Ireland (NMBI); Johnathan Drennan - University College Dublin, professeur en soins infirmiers; Deidre Mulligan - directrice régionale du Nursing/Midwifery Planning and Development Unit (NMPDU) Dublin et nord-est/responsable de la planification des effectifs du Office of the Nursing and Midwifery Services Director (ONMSD); Aisling McCaughey - cadre du Nursing/Midwifery Planning and Development Unit (NMPDU); Sinead Connolly - directrice des soins infirmiers; Yvonne Ryan - responsable de la main-d'œuvre infirmière stratégique; Maeve Foster - inf., Hôpital Beaumont

**SYSTÈME DE SANTÉ IRLANDAIS** - L'Irlande a un système de santé à deux vitesses, avec des services privés généralement financés par une assurance privée.<sup>8</sup> Le ministère de la Santé supervise la politique de santé et finance le Health Services Executive (HSE), l'opérateur public des soins de santé et le plus grand employeur en Irlande. Le HSE gère également la planification stratégique des effectifs. Sláintecare, le plan décennal du ministère vise à assurer des soins de santé universels en augmentant les soins communautaires, en réduisant les temps d'attente, en créant des zones de santé régionales, en limitant les soins privatisés dans les hôpitaux publics et en mettant en œuvre des systèmes de santé en ligne à l'échelle nationale.<sup>9</sup>

**SOINS INFIRMIERS EN RÉPUBLIQUE D'IRLANDE** - L'Irlande compte quatre catégories d'infirmières/infirmiers autorisés : infirmières/infirmiers généralistes, infirmières/infirmiers pédiatriques, infirmières/infirmiers psychiatriques et infirmières/infirmiers pour déficiences intellectuelles. D'autres rôles, tels que les infirmières/infirmiers de santé publique, les infirmières/infirmiers praticiens avancés, les infirmières/infirmiers prescripteurs et les infirmières/infirmiers tuteurs, nécessitent une formation complémentaire. En 2023, il y avait 79 489 infirmières/infirmiers et sage-femmes en exercice, soit une augmentation de 5 % par



rapport à l'année précédente, avec une augmentation de 27 % des personnes nouvellement inscrites, y compris les candidats recrutés à l'échelle nationale et internationale.<sup>10</sup> Plus de la moitié (51 %) des infirmières et infirmiers en exercice en 2023 étaient formés à l'étranger, principalement en Inde, au Royaume-Uni et aux Philippines.

**SYNDICAT - IRISH NURSES AND MIDWIVES ORGANISATION (INMO)** - INMO est une organisation syndicale et professionnelle enregistrée représentant plus de 47 000 infirmières/infirmiers et sage-femmes en Irlande. La syndicalisation n'est pas obligatoire en Irlande; par conséquent, beaucoup d'efforts sont consacrés au recrutement. L'INMO siège au congrès irlandais des syndicats, qui négocient collectivement au nom de tous les services de santé du secteur public. L'INMO représente les infirmières et infirmiers du secteur public et du secteur privé, bien qu'il y ait une plus forte concentration de membres dans le secteur public.<sup>11</sup>

**L'APPROCHE IRLANDAISE EN MATIÈRE DE DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL -** *The Framework for Safe Staffing and Skill Mix (the Framework)*, [soit le cadre pour une dotation sécuritaire en personnel et une combinaison de compétences (« le cadre »)] est l'approche irlandaise pour mesurer la dotation sécuritaire en personnel. Il s'agit d'un ensemble de lignes directrices qui seront financées par le gouvernement et mises en œuvre par le Health Services Executive (HSE). Le *cadre* s'applique à la fois aux infirmières et infirmiers autorisés et aux assistants en soins de santé. L'Irlande a commencé son parcours pour adopter des mesures de dotation sécuritaire en personnel en 2014 avec la création du *Taskforce for Safe Nurse Staffing and Skill Mix* [groupe de travail national pour la dotation sécuritaire en personnel infirmier et la combinaison de compétences], réunissant des parties prenantes clés, dont l'INMO, le ministère de la Santé, le Health Services Executive, le Irish Association of Directors of Nursing [Association irlandaise des directeurs des soins infirmiers] et des chercheurs universitaires. Le *groupe de travail* a dirigé le projet et élaboré le *cadre*. Le *cadre* repose sur des données probantes recueillies dans le cadre d'un programme de recherche financé par l'État commandé par le *groupe de travail*. La recherche a été menée par des chercheurs indépendants et a été suivie par la création de politiques fondées sur des données probantes qui ont été fondées sur cette recherche.

Le *cadre* utilise le calcul des heures de soins infirmiers par jour-patient conjointement avec le jugement professionnel pour déterminer l'établissement de la dotation finale. Cette évaluation détermine le nombre d'infirmières et infirmiers nécessaires en fonction du nombre de patients et du type de service, et détermine le nombre de postes d'infirmières/infirmiers autorisés et d'assistants en soins de santé financés en équivalent temps plein à embaucher pour doter les services. La mise en œuvre du *cadre* s'est déroulée en trois phases. La première phase a porté

sur la collecte de données et la mise en place d'un cadre pour les soins médicaux et chirurgicaux dans les hôpitaux pour adultes. La phase suivante visait à étendre le cadre aux services d'urgence et aux unités de traitement des blessures, ce qui comprenait l'évaluation du cadre dans quatre sites pilotes entre 2017 et 2021. Une troisième phase, qui était en cours au moment de la visite, a continué d'élargir le *cadre* aux milieux de soins non actifs, y compris les soins en établissement de longue durée pour les personnes âgées (phase 3(i)) et les soins communautaires généraux (phase 3(ii)).<sup>12,13</sup>

**ÉVALUATION ET RESPONSABILISATION** - Les hôpitaux en sont à divers stades de la mise en œuvre du *cadre*, sans budget spécifique, sans échéancier exécutoire ni pénalités pour non-respect. Les infirmières et infirmiers gestionnaires sont responsables de surveiller la dotation sécuritaire et la combinaison de compétences, mais une responsabilisation de niveau supérieur est nécessaire pour assurer le respect et transmettre les préoccupations à un échelon supérieur. Le *cadre* a été mis en œuvre sous forme de projets pilotes avec évaluation et rapports; son élargissement nécessitera un financement continu, des politiques de propriété et une évaluation continue. Plusieurs rapports d'étape ont été publiés pour la phase 1, portant sur des résultats tels que les événements « soins laissés inachevés », les recommandations en matière de dotation et les indicateurs de résultats adaptés au personnel infirmier. La phase 2 était axée sur les services d'urgence, tandis que la phase 3 évaluait les soins de longue durée en établissement et les milieux de soins communautaires généraux. Le *cadre* est conçu pour mener à des améliorations mesurables dans les résultats pour le personnel, les patients et l'organisation. Au cours de la phase 1 (établissements médicaux et chirurgicaux pour adultes), les niveaux de personnel ont augmenté, les ratios infirmières-patients ont augmenté, la satisfaction professionnelle a augmenté, les pauses repas manquées ont diminué et l'utilisation des agences a considérablement diminué, certains sites ayant réduit le recours aux agences de 95 %. La phase 2 (services d'urgence) a montré des résultats positifs similaires, avec un ratio infirmière-patient plus faible, des temps de triage plus courts, des temps d'attente réduits et une satisfaction accrue du personnel. La phase 3 en est encore aux premiers stades, avec des données préliminaires indiquant une amélioration de la qualité des soins sur les sites avec des ajustements de personnel. Dans l'ensemble, les premiers résultats suggèrent des résultats positifs, bien que davantage de données soient nécessaires pour une évaluation complète.<sup>14,15,16,17</sup>

**PROCHAINES ÉTAPES** - Les prochaines étapes sont axées sur l'élargissement du *cadre* aux établissements de soins non actifs et de soins communautaires au cours de la phase 3. Les projets pilotes de la phase 3(i) en soins de longue durée en établissement sont en cours, tandis que la phase 3(ii) en soins communautaires généraux est en cours. Un objectif clé est de renforcer la main-d'œuvre infirmière pour doter et maintenir pleinement le *cadre*. L'INMO préconise l'adoption d'une loi sur le cadre afin d'améliorer la responsabilisation et la transparence et de s'assurer que les hôpitaux respectent des normes de dotation sécuritaire. Ils appuient également l'expression de la dotation sécuritaire en personnel sous la forme de ratios infirmières-patients, ce qui permet aux infirmières et infirmiers de valider et de transmettre plus facilement les préoccupations à un échelon supérieur.<sup>18</sup> L'enquête de 2024 de l'INMO a révélé que 76 % des infirmières et infirmiers croient que la dotation actuelle ne répond pas aux demandes cliniques, et que 92 % d'entre eux se préoccupent de la sécurité des patients.<sup>19</sup> Le syndicat continue de faire campagne pour la pleine mise en œuvre et le soutien du *cadre* afin d'améliorer les résultats et de soutenir le personnel infirmier.

## Royaume-Uni – le Royal College of Nursing (RCN)

Au Royaume-Uni, les infirmières/infirmiers et les sage-femmes sont représentés par le RCN, qui est à la fois une organisation syndicale et un ordre professionnel. Le RCN est une organisation comprenant quatre pays et comptant environ 500 000 membres. Au sein du RCN, il y a une section spécifique à chacun des quatre pays : Angleterre, Irlande du Nord, Écosse et pays de Galles.



## Irlande du Nord

**HÔTES :** Rita Devlin – directrice exécutive du RCN Irlande du Nord; Ruth Thompson – directrice associée, politique et pratique infirmières, RCN Irlande du Nord

**CONFÉRENCIERS :** Elaine Connolly – directrice des soins sociaux pour adultes, foyers de soins et des soins à domicile Regulation and Quality Improvement Authority (RQIA); Karen Scarlett – directrice adjointe des foyers de soins Regulation and Quality Improvement Authority (RQIA); Maria McIlgorm – infirmière en chef; Katy Rennick – infirmière en chef adjointe, ministère de la Santé de l’Irlande du Nord; Heather Reid – directrice intérimaire de Nursing, Midwifery and Allied Health Professionals, Agence de santé publique; Siobhan Donald, directrice adjointe de Nursing – Workforce, Health in Criminal Justice, Primary, Acute and Secondary Care, Agence de santé publique; Brenda Creaney – directrice générale des soins infirmiers, Royal Victoria Hospital; Paula Forrest – directrice adjointe des soins infirmiers, Workforce, Education, Regulation and Informatics, Royal Victoria Hospital; Linsey Sheerin – infirmière divisionnaire, soins non prévus, Royal Victoria Hospital; Olga O’Neill, directrice des soins urgents, Royal Victoria Hospital; Jennifer Welsh – administratrice générale, Northern HSC Trust; Tracie Flemming – directrice adjointe de Nursing Workforce and Regulation, Northern HSC Trust; Caroline Diamond – directrice adjointe de Women’s Services and Head of Midwifery, Northern HSC Trust

**SYSTÈME DE SOIN DE SANTÉ DE L’IRLANDE DU NORD** – Le Health and Social Care (HSC) est la division du National Health Service (NHS) de l’Irlande du Nord, le terme général désignant les

systèmes de santé collectifs à travers le Royaume-Uni. L'Irlande du Nord intègre les services de santé et de soins sociaux financés à partir d'un budget unique via une subvention globale du Trésor britannique. La plupart des services de santé et de soins sociaux sont gratuits au point d'accès. Les services de santé sont organisés en cinq fiducies hospitalières et une fiducie ambulancière travaillant à l'intérieur des frontières géographiques.

**LES SOINS INFIRMIERS EN IRLANDE DU NORD** - Plus d'un quart du personnel du HSC en Irlande du Nord est composé d'infirmières/infirmiers et de sage-femmes. Les infirmières et infirmiers autorisés sont la seule classe de personnel infirmier de l'Irlande du Nord se spécialisant dans l'un des quatre volets. Les infirmières et infirmiers commencent généralement dans l'échelle salariale 5 du *Agenda for Change [Programme pour le changement]* et augmentent d'échelles à mesure qu'ils acquièrent plus de formation et d'éducation, bien que le RCN Irlande du Nord lutte pour que le personnel infirmier commence plus haut dans l'échelle salariale.

**APPROCHE DE DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL DE L'IRLANDE DU NORD** - Le cadre *Delivering Care : Nurse Staffing in Northern Ireland [Prestation des soins : la dotation infirmière en Irlande du Nord]* est un cadre politique du ministère de la Santé et des Soins sociaux, qui définit la politique de dotation sécuritaire en personnel en Irlande du Nord. Le cadre établit des fourchettes infirmières-patients spécifiques aux contextes cliniques visant à soutenir la dotation sécuritaire en personnel et à fournir des soins sécuritaires de haute qualité. Le programme est dirigé par l'infirmière/infirmier en chef, qui est un(e) représentant(e) du gouvernement, avec un consensus au sein de la profession. Les fourchettes de dotation permettent une certaine flexibilité lorsque la demande évolue et laissent place au jugement professionnel. La première phase du cadre s'applique aux infirmières/infirmiers ainsi qu'aux infirmières/infirmiers auxiliaires non réglementés et décrit les fourchettes d'effectifs typiques qui s'appliquent aux services médico-chirurgicaux de malades hospitalisés. Les fourchettes indiquent le nombre d'infirmières et infirmiers nécessaires pour doter un service d'un nombre donné de lits. Le « établissement financé » est le nombre d'infirmières/d'infirmiers embauchés pour doter un service. Le placement à l'intérieur de la fourchette d'acuité correspond à une allocation prédéterminée d'heures financées qui comprend une allocation de « marge de manœuvre » de 24 % pour les absences planifiées et imprévues.<sup>20</sup> La méthode de jugement professionnel de Telford (1979) est utilisée de concert avec un outil de mesure de l'acuité pour trianguler les données probantes et déterminer où se trouve un service dans la fourchette de dotation sécuritaire.<sup>21</sup> Compte tenu de l'établissement financé, le jugement professionnel de la direction des soins infirmiers est utilisé pour planifier la dotation quotidienne dans le cadre d'un budget.

Le système de tableau électronique SafeCare Live est un outil de mesure de l'acuité orienté vers le personnel infirmier qui collecte des données sur le personnel infirmier et l'acuité des besoins du patient. Le système exige un taux de conformité de 95 %, et les infirmières/infirmiers en chef peuvent ajuster les entrées, indiquant un besoin plus élevé si nécessaire. Le système utilise les données pour déterminer les ratios de dotation sécuritaire. Toute l'Irlande du Nord a le même système de tableau de service d'infirmières et infirmiers, ce qui permet d'avoir une vue d'ensemble de la planification de la main-d'œuvre dans tout le pays.

**COMBINAISON DE COMPÉTENCES** - Dans les services médico-chirurgicaux, il y avait une combinaison de compétences de 70 % des infirmières/infirmiers autorisés et de 30 % des infirmières/infirmiers auxiliaires non réglementés, selon le service.<sup>22</sup> Dans les services d'urgence, la combinaison de compétences recommandée était plus élevée, avec 80 % d'infirmières/infirmiers et 20 % d'infirmières/infirmiers auxiliaires, et des recommandations sur l'inclusion d'infirmières principales telles que des infirmières/infirmiers praticiens avancés et des infirmières/infirmiers praticiens d'urgence sur le tableau de service. Dans la mesure du possible et dans les limites du budget, au moins une infirmière pratique avancée (échelle 6 ou 7) a été recommandée pour chaque quart de travail. Le mélange du personnel infirmier des échelles 6 et 7 dépend du jugement

professionnel.<sup>23</sup> Malgré le cadre, la combinaison de compétences est souvent tombée en dessous du ratio approprié dans la pratique.

Le cadre recommande que le ou la gestionnaire de service soit en supervision à 100 % et en sur-numéraire par rapport à l'effectif du personnel, ce qui signifie qu'il (elle) ne devrait pas avoir des patients. Dans la pratique, cette politique n'est pas toujours respectée, et les gestionnaires de service finissent par prendre en charge des patients.

**ÉVALUATION ET RESPONSABILISATION** - L'Irlande du Nord ne vérifie pas et ne fait pas appliquer à l'extérieur les exigences en matière de dotation sécuritaire. On s'attend à ce que les fiduciaires du Health and Social Care tiennent compte des fourchettes d'effectifs et qu'elles respectent les recommandations du cadre.<sup>24</sup> La gestion des soins infirmiers utilise des indicateurs de rendement clés (IRC) pour évaluer l'impact du cadre stratégique de *prestation des soins* sur les résultats pour les patients. Ces indicateurs comprennent, entre autres, les chutes, la durée du séjour, les escarres, les médicaments omis ou retardés, l'expérience du patient et le recours à la main-d'œuvre temporaire. La présence d'IRC peut indiquer la nécessité d'ajuster l'établissement financé de la *prestation des soins*. Le RCN de l'Irlande du Nord tient le ministère de la Santé et la direction de l'Irlande du Nord responsables de fournir les ressources et le soutien nécessaires pour assurer une dotation sécuritaire. Une des demandes de grève du RCN de l'Irlande du Nord en 2020 était de s'assurer qu'il y avait une dotation sécuritaire. Le gouvernement a pris des mesures en vue de créer une législation sécuritaire en matière de dotation et a entamé des consultations stratégiques à cause de ce travail.<sup>25</sup>

**PROCHAINES ÉTAPES** - Le dossier est en cours d'élaboration pour appuyer la mise en œuvre d'un cadre de dotation sécuritaire plus solide. Actuellement, une consultation sur les principes qui constitueront la base de la législation sécuritaire en matière de dotation est organisée pour rétroaction en Irlande du Nord. Un engagement à introduire une législation sécuritaire en matière de dotation faisait partie des demandes de grève du RCN de l'Irlande du Nord, en 2020, et il est prévu qu'elle soit présentée à l'Assemblée nord-irlandaise en 2025.<sup>26</sup> Pour l'instant, l'Irlande du Nord doit étayer les arguments en faveur du recrutement et du maintien en poste du personnel pour permettre la prestation de soins sécuritaires aux patients. Plus de données sont nécessaires pour définir efficacement les besoins de la communauté et déterminer l'établissement de soins infirmiers approprié qui les satisfait.





## Pays de Galles

**HÔTE :** Helen Whyley – Directrice générale du RCN pays de Galles

**CONFÉRENCIERS :** Sue Tranka – infirmière en chef au pays de Galles; Nicola Williams – directrice générale du Nursing Velindre Trust et présidente des directeurs généraux du Nurses Group for Wales; professeure Jayne Cutter – directrice de la Faculté de la santé et des soins sociaux, Université de Swansea; professeur Danny Kelly – chaire de recherche du Royal College of Nursing Wales

**LE SYSTÈME DE SANTÉ DU PAYS DE GALLES** – Le système de santé gallois appartient au gouvernement britannique. Les services de santé sont fournis par le NHS pays de Galles et sont gratuits pour les citoyens. Le NHS pays de Galles est financé par le biais d'un financement global du gouvernement gallois par le gouvernement britannique. Il y a sept conseils de santé locaux qui planifient et fournissent des services du NHS dans une zone géographique donnée et trois fiducies du NHS, qui fournissent des services d'ambulance, de soins spécialisés et de santé publique. En 2023, le pays de Galles comptait près de 38 000 infirmières, infirmiers, sage-femmes et personnel de santé visitant le pays de Galles.<sup>27,28</sup>

**APPROCHE DU PAYS DE GALLES EN MATIÈRE DE DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL** – Le pays de Galles a été le premier pays du Royaume-Uni et de l'Union européenne à légiférer sur les protocoles de sécurité infirmière en vertu de la *Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016*.<sup>29</sup> Le désir de mettre en œuvre une politique de dotation sécuritaire découle de la reconnaissance du fait que la qualité des soins était inadéquate, et ce, à cause d'une dotation insuffisante en personnel et en combinaison des compétences.

La pression en faveur de politiques de dotation sécuritaire est née de la reconnaissance du fait que la qualité inadéquate des soins était en grande partie attribuable à une dotation insuffisante en personnel et en combinaison des compétences. Des résolutions appelant à des politiques de dotation sécuritaire en personnel applicables à l'échelle du Royaume-Uni ont été adoptées lors des congrès du RCN de 2006 et 2011, avec le RCN pays de Galles menant des campagnes pour continuer à donner à la question un aspect important. En 2014, de solides preuves du RCN pays de Galles ont convaincu le gouvernement gallois d'introduire une législation sur la dotation sécuritaire en personnel, qui est devenue loi en 2016. Cette loi exigeait des fiducies et des conseils de santé qu'ils maintiennent des niveaux appropriés de dotation en personnel infirmier par des calculs et une surveillance minutieux. Le bureau de l'infirmière en chef, avec la contribution du RCN pays de Galles, a élaboré des directives statutaires pour la mise en œuvre. Initialement appliquée aux services médicaux et chirurgicaux de malades hospitalisés en 2018, la *Loi* a entraîné une augmentation des effectifs, comme en témoigne le rapport *Progress and Challenge 2019* du RCN pays de Galles. La *Loi* a été élargie en 2021 pour couvrir les services pédiatriques. Les niveaux de

dotations sont déterminés en fonction du jugement des infirmières et infirmiers gestionnaires, des indicateurs sensibles au personnel infirmier et de l'acuité des besoins des patients, avec un tampon de 26,9 % pour tenir compte des congés planifiés et imprévus. Ces niveaux sont réévalués tous les six mois, avec des rajustements provisoires habituellement apportés par l'embauche de travailleurs de soutien en santé, qui sont plus facilement disponibles et plus rentables.

**COMBINAISON DE COMPÉTENCES** - La Loi galloise ne fixe pas de ratios entre les infirmières, infirmiers autorisés et les travailleurs de soutien en santé non réglementés dans ses calculs de dotation. Le nombre de travailleurs de soutien en santé à inclure dans l'établissement de la dotation est laissé à la discrétion professionnelle, comme il est indiqué au paragraphe 38(vii) des directives législatives pour la Loi. Les soins délégués par les infirmières et infirmiers aux travailleurs de soutien en santé ou à d'autres travailleurs de la santé peuvent être considérés comme faisant partie du calcul des heures de soins infirmiers.<sup>30</sup> Les directives législatives pour la Loi nomment les gestionnaires de service à des postes surnuméraires, ce qui signifie qu'ils ne devraient pas prendre en charge des patients.

**RÉSULTATS** - Le résultat le plus clair de la loi est qu'il y a maintenant une responsabilisation en matière de dotation et de qualité des soins au niveau gouvernemental. Le NHS doit signaler au gouvernement sa conformité aux niveaux de dotation en personnel infirmier, ce qui garantit une chaîne de responsabilisation. Il y a également eu un changement dans la discussion à savoir qu'il n'est pas possible de discuter de la sécurité des patients sans aborder également des ratios suffisants. Cette loi permet aux infirmières et infirmiers de faire entendre leur voix au niveau exécutif de la prise de décisions.

**ÉVALUATION ET RESPONSABILISATION** - Deux fois par année, l'effectif lui-même est réévalué à l'aide d'indicateurs de l'acuité, de la dépendance et de la qualité afin de déterminer s'il faut apporter des ajustements aux niveaux de dotation. Un solide système numérique d'évaluation de la dotation est considéré comme une étape essentielle pour le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et de l'incidence. Les conseils de la santé étaient en train de déterminer la portée des outils existants efficaces pour fournir des données plus solides. L'article 25E de la Loi exige des conseils de santé qu'ils fassent rapport de leur conformité aux autres articles de la Loi. Tous les trois ans, ils doivent faire rapport au gouvernement gallois sur leur respect des obligations énoncées dans la Loi, y compris les résultats, les efforts déployés pour maintenir la dotation en personnel et le respect des niveaux de dotation.<sup>31</sup>

**PROCHAINES ÉTAPES** - Après sept ans d'application de la Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016, des directives opérationnelles supplémentaires étaient nécessaires pour exploiter pleinement le potentiel de la législation, car les infirmières et infirmiers étaient confrontés à des charges de travail dangereuses et tenus pour responsables des problèmes dus à des dotations non sécuritaires. Le RCN pays de Galles faisait campagne pour que la Loi soit pleinement appliquée dans les services de santé mentale communautaires et de malades hospitalisés. Le maintien en poste et le recrutement des infirmières et infirmiers dans le but de stabiliser la main-d'œuvre infirmière étaient également essentiels au maintien et à l'expansion continue de la Loi. Le RCN pays de Galles souhaite également que le gouvernement et les conseils de santé aient des conséquences explicites en cas de non-respect de la Loi, améliorant l'efficacité.<sup>32</sup>





## Écosse

**HÔTE :** Eileen McKenna, directrice associée, soins infirmiers, politiques et pratique professionnelle

**CONFÉRENCIERS :** Norman Provan - Directeur associé, relations de travail, RCN Écosse; Philip Coghill - responsable de la rémunération, conditions générales, RCN Écosse; Anne Armstong - infirmière en chef par intérim, gouvernement écossais; Kathryn Brechin - conseillère professionnelle, gouvernement écossais; Hannah Watson - cheffe d'unité, gouvernement écossais; Caroline Craig - Directrice associée, Healthcare Staffing and EiC, Healthcare Improvement Scotland

**SYSTÈME DE SANTÉ ÉCOSSAIS -** L'Écosse reçoit une subvention globale pour les services qui appartiennent au parlement britannique, y compris les services de santé fournis par le NHS. La santé est un rôle qui appartient au gouvernement écossais, et le parlement écossais finance et gère de manière autonome le NHS Écosse,<sup>33</sup> le fournisseur national de soins de santé publique. Il existe 14 conseils régionaux du NHS, sept conseils spéciaux et un conseil de santé publique, qui organisent et administrent les services de santé.

**SOINS INFIRMIERS EN ÉCOSSE -** Les infirmières et infirmiers autorisés sont la seule désignation autorisée à exercer en Écosse. Au Royaume-Uni, les infirmières et infirmiers autorisés entrent dans l'une des quatre spécialités infirmières dans leur formation de premier cycle. Les infirmières et infirmiers autorisés sont généralement soutenus au sein des services par des travailleurs de soutien infirmier non réglementés. Les infirmières et infirmiers associés, qui sont comme les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada, ne sont pas employés en Écosse, car on craint qu'ils contribuent à la substitution pour économiser de l'argent. Cette substitution est déjà observée en Écosse, avec des travailleurs de soutien infirmier non réglementés qui sont substitués à des postes qui devraient être pourvus par les infirmières et infirmiers autorisés pour fournir des soins sécuritaires.<sup>34</sup> Le RCN Écosse est le syndicat et l'ordre professionnel représentant les infirmières et infirmiers en Écosse.

**L'APPROCHE DE L'ÉCOSSE EN MATIÈRE DE DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL -** Le *Health and Care (Staffing) (Scotland) Act 2019* a été annoncé pour la première fois lors du Congrès du RCN en 2016 par le premier ministre écossais et adopté après trois ans, sous l'influence significative du RCN Écosse, répondant finalement à 85 % de ses recommandations. La *Loi* a été adoptée pour la première fois sous un gouvernement minoritaire, de sorte que tous les partis ont pu travailler ensemble pour faire passer le projet de loi au parlement. Bien que la *Loi* ait été adoptée en milieu



d'année en 2019, sa mise en œuvre a été retardée en raison de la pandémie de la COVID-19. Elle est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2024, un peu plus de deux mois avant le voyage.<sup>35</sup>

La *Loi* définit les obligations que le gouvernement doit remplir pour fournir des niveaux de dotation sécuritaire en personnel infirmier pour les soins de santé et les soins sociaux en Écosse.<sup>36</sup> Le gouvernement est tenu de travailler en collaboration avec les syndicats et les organismes professionnels pour concevoir et mettre en œuvre le cadre final. La *Loi* s'applique à plusieurs professionnels cliniques, y compris les infirmières et infirmiers autorisés, les infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés, les sage-femmes autorisées et les médecins. L'objectif principal de la *Loi* est d'améliorer la sécurité des patients et les résultats. L'amélioration du bien-être et du maintien en poste du personnel est considérée comme un résultat secondaire de la politique.

En vertu de la nouvelle *Loi*, le NHS et les fournisseurs de soins ont l'obligation légale de disposer d'un nombre approprié d'employés possédant les compétences et les qualifications nécessaires pour fournir des soins sécuritaires, y compris en utilisant la « méthode de dotation commune » pour tous les secteurs de soins avec des outils de dotation établis. Des plans visant à cerner les risques et à transmettre les préoccupations aux échelons supérieurs sont nécessaires en cas de dotation inadéquate.<sup>37</sup> Des conseils cliniques pour les décisions en matière de dotation, du temps alloué à la formation et une dépendance limitée aux agences de dotation sont également requis. Les directives portent sur la dotation en temps réel et la planification future des effectifs, en utilisant des outils de dotation, le jugement professionnel et le contexte organisationnel pour déterminer les niveaux de dotation de base. Une « marge de manœuvre » supplémentaire de 22,5 % est ajoutée pour tenir compte des absences prévues et imprévues. Dans les situations où un service se trouve sous le ratio, la direction décide s'il est sécuritaire de travailler, avec une donnée probante de jugement professionnel expliquant la raison. Les risques graves et récurrents doivent être pris en compte par le conseil de santé pour rester en conformité avec son obligation de fournir un personnel adéquat et sécuritaire.

**COMBINAISON DE COMPÉTENCES** - La combinaison de compétences n'est pas explicitement énoncée dans la *Loi* ou dans les directives législatives qui l'accompagnent, citant le besoin de souplesse et d'innovation. Cela est préoccupant parce que le remplacement des infirmières et infirmiers autorisés par des fournisseurs de soins moins coûteux se fait au détriment de la sécurité

des patients.<sup>38</sup> Bien que le RCN Écosse n'ait pas réussi à obtenir un rôle infirmier principal de supervision à 100 % dans la *loi*, il est indiqué que les gestionnaires d'infirmières et infirmiers cliniques disposent de suffisamment de temps et de ressources pour s'acquitter efficacement de leurs fonctions.<sup>39</sup> Le RCN Écosse encourage les infirmières et infirmiers principaux à utiliser la législation pour s'assurer que le temps pour gérer et diriger leur équipe est protégé.

**RESPONSABILISATION** - Les conseils de santé ont le devoir de fournir des rapports trimestriels de conformité et un rapport annuel sur les impacts de la législation au gouvernement écossais, qui est ensuite transmis au parlement écossais.<sup>40,41</sup> Avec l'obligation légale de s'assurer qu'il y a un approvisionnement suffisant d'infirmières et infirmiers autorisés, le gouvernement écossais est en mesure de soutenir et de financer les initiatives de maintien en poste et de recrutement. Cela place une grande partie du fardeau de fournir des soins sécuritaires sur le gouvernement et les employeurs, plutôt que sur le personnel individuel.<sup>42,43</sup>

Healthcare Improvement Scotland (HIS) est une agence gouvernementale indépendante chargée de surveiller et d'évaluer la santé, y compris l'impact de la *Safe Staffing Act*. Des informations sur les événements indésirables, les soins manqués, les rapports de préoccupations et d'autres données sur la qualité et la main-d'œuvre peuvent être demandées par le HIS, soulignant les préoccupations importantes et les domaines à améliorer.

**PROCHAINES ÉTAPES** - Un examen des outils de dotation existants et une évaluation des endroits où des outils supplémentaires devraient être élaborés sont en cours par Healthcare Improvement Scotland, RCN Écosse et d'autres syndicats. Les outils de planification des effectifs proposés doivent être calibrés et évalués en termes de fiabilité et de validité avant leur mise en œuvre. Ces données probantes faciliteront l'appui aux demandes de modification des calculs de dotation en personnel. Les mesures visant à stabiliser le personnel infirmier, y compris le recrutement et le maintien en poste, demeurent un domaine clé de plaidoyer et d'action pour améliorer le système de soins de santé écossais.

Le RCN Écosse continue de surveiller la mise en œuvre de la *Loi*, en fournissant des conseils et un examen minutieux pour s'assurer qu'elle est pleinement mise en œuvre. Ils ont proposé un débat parlementaire annuel sur la question afin de s'assurer qu'elle demeure politiquement pertinente, de proposer les amendements nécessaires et de veiller à ce que la *Loi* demeure appliquée.<sup>44</sup>





## Angleterre

**HÔTES :** Nicola Ranger – secrétaire générale et administratrice générale, RCN; Patricia Marquis – directrice générale, RCN; Christine Callendar – cheffe de la pratique des soins infirmiers, RCN; Charli Hadden – gestionnaire des politiques, RCN; Emma Selim – gestionnaire des communications, RCN; Emma Laws – agente principale des campagnes stratégiques, RCN; Stephanie Goodwin – cheffe de l’organisation, RCN; Carli Whittaker – cheffe des soins infirmiers, RCN

**CONFÉRENCIERS :** Lynn Woolsey – infirmière en chef adjointe, main-d’œuvre, pratique professionnelle et qualité, RCN; Wendy Preston – cheffe de la main-d’œuvre infirmière, RCN; Lena Johnson – responsable professionnelle, main-d’œuvre infirmière, RCN; Christine Callendar – cheffe de la main-d’œuvre infirmière, RCN; Callum Metcalfe-O’Shea – responsable professionnelle des conditions de longue durée, RCN; Claire Sutton – responsable de la transformation, secteur indépendant de la santé et des soins sociaux, RCN; Lynn Woolsey – infirmière en chef adjointe, main-d’œuvre, pratique professionnelle et qualité, RCN; Marcus Wootton – directeur adjoint international, RCN; Emily McWhirter – directrice adjointe, Leadership, RCN; Patricia Hughes – directrice adjointe, pratique infirmière, RCN

**LE SYSTÈME DE SANTÉ DE L’ANGLETERRE** – Le National Health Service (NHS) Angleterre fournit des services de santé universels gratuits en Angleterre depuis 1948. Le gouvernement possède des actifs de soins de santé tels que les hôpitaux du NHS et élabore des politiques de gouvernance et d’administration des services de santé.<sup>45</sup>

**LA VOIE DE L’ANGLETERRE VERS UNE DOTATION SÉCURITAIRE** – L’Angleterre ne dispose pas actuellement d’un cadre ou d’une législation obligatoire en matière de dotation sécuritaire, mais le RCN préconise et construit les bases d’une législation sécuritaire en matière de dotation. En juillet 2014, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a élaboré des lignes directrices pour la dotation en personnel des services pour malades hospitalisés adultes à travers le Royaume-Uni. En tant qu’organisation nationale qui produit des conseils sur les meilleures pratiques pour les praticiens de la santé, le NICE a fondé ses recommandations sur les meilleures données probantes disponibles à l’époque. Les lignes directrices fournissaient des directives claires à l’intention des infirmières, des infirmiers et de la direction de l’hôpital, en mettant l’accent sur la dotation sécuritaire en personnel. Semblables aux cadres élaborés plus tard au Royaume-Uni et en Irlande, les lignes directrices du NICE ont été influencées par les conclusions du rapport

Mid Staffordshire et d'autres enquêtes sur la qualité des soins du NHS, qui ont révélé un sous-effectif généralisé. Les lignes directrices mettaient l'accent sur les soins centrés sur le patient, recommandant que les niveaux de dotation soient basés sur les besoins des patients. Ils ont également introduit des concepts clés, tels que la dotation en personnel fondée sur des données factuelles et la mise en place d'une combinaison appropriée de compétences pour répondre à ces besoins. Ces idées ont jeté les bases de concepts similaires qui ont été mis en œuvre dans des cadres ultérieurs.<sup>46</sup>

Les lignes directrices du NICE ont influé sur les politiques de dotation subséquentes; toutefois, il est évident que les lignes directrices à elles seules n'ont pas suffi à apporter les changements nécessaires pour améliorer les résultats. Les lignes directrices ne sont pas exécutoires et ne disposent pas d'une méthode systémique de mise en œuvre. Dix ans après l'introduction des lignes directrices du NICE, le rapport *Last Shift [Le dernier quart de travail]* du RCN, qui demande au personnel infirmier comment s'est passé leur dernier quart de travail, a révélé que plus des deux tiers des répondants ont déclaré avoir un nombre inférieur au nombre recommandé d'infirmières et infirmiers dans leur dernier quart de travail. De toute évidence, les lignes directrices ne suffisent pas, et des mesures substantielles doivent être prises pour assurer la sécurité du personnel en Angleterre pour les patients et le personnel infirmier.<sup>47</sup>

**CAMPAGNE DE DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL DU RCN** - Le RCN dirige la campagne *Staffing for Safe and Effective Care in England* afin de faire pression sur le gouvernement pour obtenir des ressources suffisantes pour financer et légiférer sur la dotation sécuritaire en personnel en Angleterre. La campagne appelle à un investissement accru dans l'offre de main-d'œuvre nationale en finançant l'éducation et la formation, tout en reconnaissant le rôle que les infirmières et infirmiers formés à l'étranger occupent actuellement dans la main-d'œuvre. Ils appellent également le gouvernement à établir une obligation légale de veiller à ce que la sécurité du personnel soit inscrite dans la loi, comme au pays de Galles et en Écosse. La campagne permet aux infirmières et infirmiers de faire des déclarations sur les conditions de dotation en personnel dans leur milieu de travail afin d'accroître leur visibilité et d'amplifier leurs voix afin que des changements substantiels puissent être apportés.<sup>48</sup>





## Principaux points à retenir

**MOTEURS DE LA POLITIQUE DE LA DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL** - Le rapport Mid Staffordshire a souvent été cité comme un moteur de la politique de la dotation sécuritaire en personnel en Irlande et au Royaume-Uni. Il s'agissait d'un examen indépendant des normes inacceptables dans un hôpital du NHS. Ce rapport a mis en lumière les conséquences potentielles d'une dotation insuffisante et de l'omission de prioriser la qualité des soins. Le rapport du Mid Staffordshire continue d'avoir un impact significatif sur le changement transformationnel au sein du NHS et, à bien des égards, a ouvert la voie politique à des directives et à une législation en matière de dotation sécuritaire en personnel. La nécessité d'améliorer la qualité des soins grâce à une dotation sécuritaire en personnel et à des soins centrés sur le patient a également été identifiée dans plusieurs cadres d'orientation stratégique locaux, qui ont alimenté le plaidoyer en faveur d'un changement transformationnel, comme les mandats politiques et la législation.

Dans le même temps, la recherche mondiale sur la corrélation entre le manque de personnel et les résultats médiocres pour les patients avait amassé un ensemble de preuves qui devenait difficile à ignorer. Ce corpus de preuves a étayé les premières tentatives de dotation sécuritaire en personnel faites au Royaume-Uni et en Irlande avec des chercheurs éminents dans ce domaine, comme Linda Aiken des États-Unis, fréquemment cités dans les cadres politiques initiaux. La création des lignes directrices du NICE en 2014 a rassemblé des données probantes sur les pratiques exemplaires et a établi des normes qui ont contribué aux cadres et lois de dotation sécuritaire qui existent aujourd'hui.

**DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL FONDÉE SUR DES DONNÉES PROBANTES ET LES RATIOS INFIRMIÈRES-PATIENTS** - Il existait plusieurs approches de dotation sécuritaire en personnel dans les pays visités, avec une diversité encore plus grande dans le monde entier, mais les objectifs de dotation sécuritaire et les ratios infirmières-patients sont alignés. La mise en œuvre de mesures de dotation sécuritaire est une décision délibérée visant à s'assurer que les infirmières et infirmiers disposent du nombre approprié d'heures de soins et de soutien pour offrir des soins sécuritaires et efficaces aux patients. Dans la plupart des cas, avant l'adoption des politiques de dotation sécuritaire, les niveaux de dotation ont évolué à partir des tendances historiques en matière de dotation qui ont pu être fortement influencées par les services financiers et non fondées sur des données probantes. Cela a laissé les services chroniquement en sous-effectifs, ce qui a conduit à des soins insuffisants, à un épuisement professionnel du personnel et à une détresse morale lorsque les infirmières et infirmiers ne peuvent pas fournir les soins dont ils savent que les patients ont besoin. Un corpus écrasant de preuves académiques internationales soutient des soins infirmiers plus qualifiés par patient pour atténuer les résultats négatifs pour les



patients. Toutes les politiques de dotation sécuritaire qui ont été explorées au cours de la visite ont tiré parti de preuves pour appuyer leurs décisions stratégiques et démontrer pourquoi elles étaient nécessaires.

Les données probantes ont été utilisées non seulement pour créer les cadres initiaux, mais aussi pour évaluer et affiner les politiques. La collecte et l'évaluation des données ont été intégrées à tous les cadres de différentes manières. Ces données établissent des normes d'évaluation du rendement et établissent un système de responsabilisation. Les évaluations peuvent être utilisées pour préconiser un soutien et des changements supplémentaires afin de continuer à améliorer le système. Les résultats mesurables démontrent l'efficacité et permettent aux décideurs de continuer à appuyer les politiques de dotation sécuritaire.

**CADRES OBLIGATOIRES OU LÉGISLATION** - Des cadres obligatoires pour la dotation sécuritaire en personnel sont présents en République d'Irlande et en Irlande du Nord, tandis que la dotation sécuritaire en personnel est légiférée au pays de Galles et en Écosse. Le pays de Galles a été le premier pays du Royaume-Uni et de l'Union européenne à légiférer en matière de dotation sécuritaire en personnel en 2016, l'Écosse quelques années plus tard en 2019, bien qu'il ait fallu attendre jusqu'en 2024 pour que la *Loi* écossaise entre en vigueur.

Les cadres sont une étape vers une dotation sécuritaire, mais ils manquent de responsabilisation, transférant la responsabilité aux hôpitaux individuels, aux gestionnaires de personnel infirmier et même aux infirmières et infirmiers. Bien qu'ils aident à développer les connaissances et à plaider en faveur d'une mise à l'échelle des lignes directrices, les progrès sont souvent lents et dépendent d'efforts volontaires. En Irlande, le cadre est à l'étude depuis des années par l'intermédiaire de projets pilotes, des phases supplémentaires ne commençant qu'à s'étendre à l'ensemble du pays après des recherches approfondies et de multiples rapports. En Irlande du Nord, le cadre est maintenu par les fiducies locales, mais il n'y a pas de voie solide pour l'évaluation et la responsabilisation. En République d'Irlande, les gestionnaires de personnel infirmier sont responsables de la mise en œuvre, et la responsabilité s'arrête avec eux, même si des problèmes plus importants liés au système influent souvent sur le non-respect de la loi. Sans législation, rien ne garantit que le gouvernement continue d'investir dans le cadre ou de l'élargir, laissant la dotation sécuritaire vulnérable à l'évolution des priorités et à la dépriorisation.

La loi fournit des directives claires au gouvernement et à ses organismes pour assurer une dotation sécuritaire, en établissant une chaîne de responsabilisation. Les rapports obligatoires garantissent que les lignes directrices sont suivies, avec des mécanismes en place pour signaler à un échelon supérieur les incidents de non-respect aux autorités capables de fournir des ressources et un soutien supplémentaires. Les gouvernements peuvent également être plus enclins à appuyer les politiques connexes, telles que le soutien aux étudiants et l'immigration, qui contribuent à maintenir des niveaux de dotation adéquats. En consacrant la dotation sécuritaire en personnel dans la législation, comme au pays de Galles et en Écosse, la responsabilité incombe aux décideurs

qui ont le pouvoir de mettre en œuvre des changements. Il est ainsi plus facile de demander des ressources supplémentaires et d'adopter une approche coordonnée à l'échelle du système pour s'acquitter des obligations en matière de dotation sécuritaire en personnel, de la planification des effectifs à l'harmonisation des politiques.

**CALCUL DE LA DOTATION SÉCURITAIRE EN PERSONNEL** - Les cadres et les lois de la République d'Irlande, de l'Irlande du Nord, du pays de Galles et de l'Écosse ont calculé l'établissement financé, qui est le nombre d'employés en équivalent temps plein embauché pour fournir des soins infirmiers dans un environnement ou un service particuliers. Dans tous les cadres étudiés, l'établissement financé a été déterminé en recueillant des données sur les besoins observés des patients, combinées au jugement professionnel et à d'autres facteurs organisationnels. Certains calculs étaient assez complexes et nécessitaient plusieurs niveaux de discussion, d'analyse des données et d'approbation, tandis que d'autres étaient plus simples. Les soins infirmiers semblent différents selon les secteurs et les milieux, de sorte que des méthodes diverses étaient appropriées pour différents services.

## Conclusion

Nous tenons à remercier tous les merveilleux hôtes et conférenciers qui ont soutenu l'échange de connaissances pendant ce voyage d'étude. Voir les pratiques de dotation sécuritaire en personnel à diverses étapes de développement et entendre différentes perspectives sur le processus fournissent un aperçu unique pour les délégués du voyage de la FCSII. Les connaissances acquises orienteront sans aucun doute les développements et les campagnes en faveur de la dotation sécuritaire et des ratios infirmières-patients à l'échelle nationale et dans les provinces du Canada. Plusieurs délégués du voyage étant en train de préconiser des ratios infirmières-patients ou en cours de consultation sur la mise en œuvre de ces ratios, apprendre de ceux qui en sont à différentes étapes de leur processus de mise en œuvre a été inestimable.



# Références

- 1 Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (Mars 2024). *Rapport récapitulatif de l'enquête auprès des membres de la FCSII*. <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/01/Rapport-recapitulatif-de-l-enquete-aupres-des-membres-de-la-FCSII.pdf>
- 2 Lasater, K.B., Aiken, L.H., Sloane, D. et al. Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open* 2021; 11:e052899. doi:10.1136/bmjopen-2021-052899
- 3 Donaldson, N. & Shapiro, S. (2010). Impact of California mandated acute care hospital nurse staffing ratios: A literature synthesis. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 11(3), 184-201.
- 4 Dierkes, A.M., Aiken, L.H. et al. (2022). Hospital nurse staffing and sepsis protocol compliance and outcomes among patients with sepsis in the USA: a multistate cross-sectional analysis. *BMJ Open*. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/12/3/e056802.full.pdf>
- 5 Leigh, J.P. et al. (2015). California's nurse-to-patient ratio law and occupational injury. *Int Arch Occup Environ Health*, 88(4):477-84.
- 6 Santé Canada. (Mars 2024). *Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers : Améliorer la vie professionnelle du personnel infirmier au Canada*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/health-care-system/health-human-resources/nursing-retention-toolkit-improving-working-lives-nurses/boite-outils-retention-effectifs-infirmiers-ameliorer-vie-professionnelle-personnel.pdf>
- 7 Tomblin-Murphy, G. (2005). *Enhancement of patient safety through formal nurse-patient ratios: A discussion paper*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/07/np\\_ratio\\_eng.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/07/np_ratio_eng.pdf)
- 8 Citizen's Information. (22 décembre 2022). *Healthcare services in Ireland*. <https://www.citizensinformation.ie/en/health/health-overview/>
- 9 International Trade Administration. (25 janvier 2024). *Ireland – Country commercial guide : Healthcare*. <https://www.trade.gov/country-commercial-guides/ireland-healthcare>
- 10 Nursing and Midwifery Board of Ireland. (1<sup>er</sup> juin 2023). *NMBI State of the register 2023*. <https://www.nmbi.ie/NMBI/media/NMBI/NMBI-State-of-the-Register-2023.pdf?ext=.pdf>
- 11 Irish Nurses and Midwives Organisation. (2024). *About the INMO*. <https://www.inmo.ie/Your-Union/About-the-INMO>
- 12 Ministère de la Santé. (26 janvier 2024). *Taskforce for safe nurse staffing and skill mix*. gov.ie <https://www.gov.ie/en/publication/39476-taskforce-for-safe-nurse-staffing-and-skill-mix/#:~:text=The%20Taskforce%20is%20a%20group,%2C%20nurse%2FHCA%20skill%20mix>
- 13 Ministère de la Santé. (26 janvier 2024). *Framework for safe staffing and skill mix*. gov.ie <https://www.gov.ie/en/campaigns/25860-framework-for-safe-nurse-staffing-and-skill-mix/>
- 14 Office of the Chief Nurse. (2018). *Framework for safe staffing and skill mix in general and specialist medical and surgical care settings in adult hospitals in Ireland 2018: Final report and recommendations by the taskforce on staffing and skill mix*. gov.ie <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/10011/e1a93e955329405694bb7b16aea50b98.pdf#page=null>
- 15 Drennan, J., Savage, E., Hegarty, J., Murphy, A., Brady, N., Howson, V., Gilligan, D., Dahly, D., Griffiths, P., Ball, J., Duffield, C., Scott, A. (janvier 2018). Evaluation of the 'pilot implementation of the framework for safe staffing and skill mix': Report 3 : Pilot Wards. <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/10014/4aa5216641734b8dafecbbdadcf418e.pdf#page=null>
- 16 Office of the Chief Nurse. (2022). *Framework for safe nurse staffing and skill mix in adult emergency care settings in Ireland 2022: Final report and recommendations by the taskforce on staffing and skill mix for nursing*. gov.ie <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/226687/1a13b01a-83a3-4c06-875f-010189be1e22.pdf#page=null>

- 17 Drennan, J., Hegarty, J., Murphy, A., Brady, N., McCarthy, V., Linehan, R., Cornally, N., Naughton, C., Murphy, A., Dahly, D., Griffiths, P., Ball, J., Bridges, J., Duffield, C., Scott, A. (Juillet 2023). *Pilot implementation of the framework for safe nurse staffing and skill mix in long-term residential settings for older people report 2: Interim report July 2023*. <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/281431/33e2fab8-fd96-4133-b47e-38aa80743fca.pdf#page=null>
- 18 Irish Nurses and Midwives Organisation. (2024). *Campaigns: Safe staffing – making it happen* [press release]. <https://www.inmo.ie/News-Campaigns/Campaigns>
- 19 Irish Nurses and Midwives Organisation. (8 mai 2024). Majority of nurses and midwives concerned about patient safety in their workplaces [press release]. <https://www.inmo.ie/News-Campaigns/Details/majority-of-nurses-and-midwives-concerned-about-patient-safety-in-their-workplaces>
- 20 Department of Health, Social Services and Public Safety. (s.d.). *Delivering care: Nurse staffing in Northern Ireland: Section 1 : Strategic direction and rationale for general and specialist medical and surgical adult in-hospital care settings*. [https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/dc-section1%5B1%5D%20FINAL%20PDF\\_0.pdf](https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/dc-section1%5B1%5D%20FINAL%20PDF_0.pdf)
- 21 Telford W. (1979). Determining nursing establishments. *Health Serv. Manpow. Rev.* 1979;5(4):11-17.
- 22 Department of Health, Social Services and Public Safety. (s.d.). *Delivering care: Nurse staffing in Northern Ireland: Section 1 : Strategic direction and rationale for general and specialist medical and surgical adult in-hospital care settings*. [https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/dc-section1%5B1%5D%20FINAL%20PDF\\_0.pdf](https://www.publichealth.hscni.net/sites/default/files/dc-section1%5B1%5D%20FINAL%20PDF_0.pdf)
- 23 Ibid.
- 24 Ibid.
- 25 Royal College of Nurses Northern Ireland. (21 août 2024). *Northern Ireland fair pay and staffing campaign*. <https://www.rcn.org.uk/northernireland/Get-Involved/Northern-Ireland-fair-pay-and-safe-staffing-campaign>
- 26 Ibid.
- 27 Office for National Statistics. (2024). The healthcare workforce across the UK: 2024. [https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/thehealthcareworkforceacrosstheuk/2024#:~:text=Image%20.csv%20.xls,Wales,%25\)%2C%20shown%20in%20Figure%203.](https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/articles/thehealthcareworkforceacrosstheuk/2024#:~:text=Image%20.csv%20.xls,Wales,%25)%2C%20shown%20in%20Figure%203.)
- 28 Royal College of Nurses Wales. (8 juillet 2024). RCN Wales. <https://www.rcn.org.uk/wales/>
- 29 Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016, c 42. <https://www.legislation.gov.uk/anaw/2016/5/section/1>
- 30 Welsh Government. (4 mars 2021). *Nurse Staffing Levels (Wales) act 2016: statutory guidance (version 2): How to ensure appropriate number of nurses are available to provide care for patients*. <https://www.gov.wales/nurse-staffing-levels-wales-act-2016-statutory-guidance-version-2-html>
- 31 National Health Service Wales. (s.d.). *Nurse staffing levels (Wales) Act (2016)*. <https://executive.nhs.wales/functions/quality-safety-and-improvement/quality-and-safety/nurse-staffing/nurse-staffing-levels-wales-act-2016/>
- 32 Royal College of Nursing Wales. (5 mars 2024). Safe and Effective Care in Wales: Implementing and extending the *Nurse Staffing Levels (Wales) Act 2016*. <https://www.rcn.org.uk/wales/Get-Involved/Safe-and-Effective-Care>
- 33 Shuttleworth, K., Nicholson, E. ( 8 août 2020). Devolution and the NHS. *Institute for Government*. <https://www.institute-forgovernment.org.uk/explainer/devolution-and-nhs#:~:text=Responsibilities%20of%20the%20devolved%20authorities,responsibility%20for%20these%20in%20England>
- 34 Royal College of Nursing Scotland. (15 mai 2024). *The Nursing Workforce in Scotland 2024*. <https://www.rcn.org.uk/-/media/Royal-College-Of-Nursing/Documents/Countries-and-regions/Scotland/2024/The-Nursing-Workforce-in-Scotland-2024.pdf>
- 35 Royal College of Nursing Scotland. (12 février 2024). *Health and Care (Staffing) (Scotland) Act: Summary*. <https://www.rcn.org.uk/scotland/Influencing-On-Your-Behalf/Safe-StaffingScotland/Summary-of-the-Act>
- 36 Scottish Government. (1<sup>er</sup> avril 2024). *Health and care (staffing) (Scotland) act 2019: Overview*. <https://www.gov.scot/publications/health-and-care-staffing-scotland-act-2019-overview/>

- 37 Royal College of Nursing Scotland. (12 février 2024). *Health and Care (Staffing) (Scotland) Act: Summary*. <https://www.rcn.org.uk/scotland/Influencing-On-Your-Behalf/SafeStaffingScotland/Summary-of-the-Act>
- 38 Royal College of Nursing Scotland. (15 mai 2024). *The Nursing Workforce in Scotland 2024*. <https://www.rcn.org.uk/-/media/Royal-College-Of-Nursing/Documents/Countries-and-regions/Scotland/2024/The-Nursing-Workforce-in-Scotland-2024.pdf>
- 39 Scottish Government. (4<sup>er</sup> avril 2024). *Health and care (staffing) (Scotland) act 2019: statutory guidance: 9. Adequate Time for Clinical Leaders*. <https://www.gov.scot/publications/health-care-staffing-scotland-act-2019-statutory-guidance/pages/9/>
- 40 Royal College of Nursing Scotland. (12 février 2024). *Health and Care (Staffing) (Scotland) Act: Summary*. <https://www.rcn.org.uk/scotland/Influencing-On-Your-Behalf/SafeStaffingScotland/Summary-of-the-Act>
- 41 Scottish Government. (4<sup>er</sup> avril 2024). *Health and care (staffing) (Scotland) act 2019: statutory guidance: 13. Role of Healthcare Improvement Scotland (HIS)*. <https://www.gov.scot/publications/health-care-staffing-scotland-act-2019-statutory-guidance/pages/13/>
- 42 Royal College of Nursing Scotland. (12 février 2024). *Health and Care (Staffing) (Scotland) Act: Summary*. <https://www.rcn.org.uk/scotland/Influencing-On-Your-Behalf/SafeStaffingScotland/Summary-of-the-Act>
- 43 Scottish Government. (4<sup>er</sup> avril 2024). *Health and care (staffing) (Scotland) act 2019: statutory guidance: 13. Role of Healthcare Improvement Scotland (HIS)*. <https://www.gov.scot/publications/health-care-staffing-scotland-act-2019-statutory-guidance/pages/13/>
- 44 Royal College of Nursing Scotland. (17 septembre 2024). *Staffing for safe and effective care*. <https://www.rcn.org.uk/scotland/Influencing-On-Your-Behalf/SafeStaffingScotland>
- 45 Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., Wharton, G. A. (5 juin 2020). International health care system profiles: Angleterre. *The Commonwealth Fund*. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>
- 46 National Institute for Health and Care Excellence. (15 juillet 2024). *Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals*. <https://www.nice.org.uk/guidance/sgl>
- 47 Royal College of Nursing. (1<sup>er</sup> juillet 2024). *Patients are dying alone as just one third of shifts have enough nurses, analysis shows* [press release]. <https://www.rcn.org.uk/news-and-events/Press-Releases/patients-dying-alone-as-just-one-third-of-shifts-have-enough-nurses-analysis-shows>
- 48 Royal College of Nursing. (2024). Our work to fix the nursing workforce crisis: In England. <https://www.rcn.org.uk/employment-and-pay/Safe-staffing/England-Staffing-for-safe-and-effective-care>





LA FÉDÉRATION  
CANADIENNE  
DES SYNDICATS  
D'INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS

## Autonomiser le personnel infirmier, améliorer les soins

Leçons sur la dotation sécuritaire en personnel et les ratios  
infirmières-patients en Irlande et au Royaume-Uni

Octobre 2024

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