

Détermination de la composition des équipes de soins, des ratios sécuritaires et des plans de contingence pour les soins infirmiers et d'assistance		
Direction(s) responsable(s)	Direction des soins infirmiers	Adopté
		2026-08-03
		Révisé
Personne(s) concernée(s)	Gestionnaires de la Direction des soins infirmiers (DSI) et conseillères en soins infirmiers	
Document(s) associé(s)	RSI-6015 - Activités en soins infirmiers réservées, autorisées et permises au personnel infirmier et d'assistance	

1. Énoncé

Dans un contexte de transformation continue du réseau de la santé et des services sociaux au Québec, il devient essentiel d'assurer une organisation optimale des soins infirmiers et d'assistance afin de répondre efficacement aux besoins croissants de la population. La planification et l'organisation des soins infirmiers et d'assistance doivent s'appuyer sur des principes rigoureux visant à assurer la qualité, la sécurité et la continuité des services dispensés à la population. À cet égard, la détermination de la composition des équipes de soins constitue un élément fondamental, devant refléter de manière cohérente les besoins des usagers, les niveaux de complexité clinique ainsi que les exigences propres aux différents milieux de soins.

Cette démarche s'accompagne de l'établissement de quotas de ressources humaines, fondés sur des paramètres objectivables, tels que les indicateurs de charge de travail, les ratios sécuritaires* et les standards de pratiques reconnues. Bien que la législation québécoise n'impose pas uniformément des ratios obligatoires, elle confère aux établissements et aux autorités responsables la responsabilité d'organiser les ressources de manière à assurer des soins sécuritaires et de qualité.

*Un ratio sécuritaire consiste en la présence d'une équipe minimale de professionnels en soins pour un groupe d'usagers ayant des problèmes de santé similaires. Ce minimum est ajustable à la hausse en fonction des besoins des usagers et des circonstances particulières.

La composition des équipes de soins et les ratios en soins infirmiers et d'assistance visent à assurer une utilisation optimale des ressources et de leurs compétences tout en garantissant la sécurité des usagers, la qualité des soins et la performance clinique.

Par ailleurs, la mise en œuvre de plans de contingence structurés est essentielle afin d'assurer la continuité des activités en contexte de fluctuation des effectifs, de situations exceptionnelles ou de contraintes imprévues. Ces mécanismes doivent permettre une adaptation rapide et encadrée des modalités de prestation des soins, dans le respect des normes de qualité et des obligations professionnelles.

Ainsi, la coordination de la composition des équipes de soins, des paramètres de dotation et des plans de contingence, dans le respect des lois et règlements en vigueur, est indispensable pour bien gérer les soins infirmiers et d'assistance. Elle contribue à protéger le public, à assurer la qualité des services et à soutenir la pérennité du système de santé québécois.

2. Champ d'application/Contexte légal

La présente directive peut s'appliquer à tous les milieux où sont dispensés des soins infirmiers et d'assistance, tels que les milieux hospitaliers, les centres d'hébergement de soins longue durée (CHSLD), les maisons des aînés et maisons alternatives (MDA-MA), les unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), le centre de réadaptation en dépendance, etc.

Le champ d'application doit respecter les normes professionnelles de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), ainsi que celles de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ). Ces normes reposent sur un cadre structuré composé de lois, de codes, de normes et de lignes directrices, incluant notamment les codes de déontologie, le Code des professions ainsi que la Loi sur les infirmières et les infirmiers.

Au niveau légal, la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (LGSSS) évoque les responsabilités du directeur des soins infirmiers, particulièrement aux articles 297 et 299.

Article 297 : Sous l'autorité immédiate du président-directeur général, le directeur des soins infirmiers, outre les autres fonctions que lui confère la présente loi, exerce les fonctions suivantes :

1. **Surveiller et contrôler la qualité des soins infirmiers dispensés au sein de l'établissement.**
2. S'assurer de l'élaboration de règles de soins infirmiers.
3. Le cas échéant, collaborer à l'élaboration des règles applicables aux soins médicaux et à l'utilisation des médicaments devant être suivies par les infirmières ou les infirmiers habilités à exercer des activités visées à l'article 36.1 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers ([chapitre I-8](#)).
4. Le cas échéant, tenir et mettre à jour un registre des infirmières et des infirmiers habilités à exercer l'une ou plusieurs des activités visées à cet article.

Article 299 : Sous réserve du règlement intérieur de l'établissement et sous l'autorité immédiate du président-directeur général, le directeur des soins infirmiers doit:

1. **s'assurer de la distribution appropriée des soins infirmiers au sein de l'établissement;**
2. planifier, coordonner et évaluer les soins infirmiers en fonction des besoins de l'établissement;
3. gérer les ressources humaines, matérielles et financières sous sa gouverne;
4. assumer toute autre fonction que lui confie le président-directeur général.

Ainsi, la directrice des soins infirmiers peut confier une partie des responsabilités liées à ce mandat à son équipe de gestionnaires, tout en maintenant une vigilance constante et un droit de regard sur leur mise en œuvre.

3. Personnes concernées

Gestionnaires de la DSI : directrice et directrice adjointe des soins infirmiers, coordonnatrices, conseillères cadres spécialisées en soins infirmiers et chefs de service, etc.

Conseillères en soins infirmiers avec l'autorisation de son supérieur immédiat ou fonctionnel.

4. Directives

Dans cette section, les étapes à suivre sont détaillées afin de soutenir l'équipe de gestionnaires de la DSI dans la démarche. Les étapes doivent être réalisées de façon structurée afin d'assurer une analyse objective, reproductible et cohérente dans l'ensemble de l'établissement.

Section 1

Détermination de la composition des équipes de soins (infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI), assistante au supérieur immédiat (ASI), infirmière clinicienne, infirmière chef d'équipe, infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires (PAB), etc.) **et des ratios en soins infirmiers et d'assistance**

La composition des équipes de soins et les ratios en soins infirmiers et d'assistance doivent être déterminés à partir de l'analyse structurée et multidimensionnelle des besoins de la clientèle, de la complexité et de l'acuité des soins, des champs d'exercice des professionnels, ainsi que des indicateurs de charge de travail. Elle doit viser un équilibre optimal des compétences, en tenant compte du contexte organisationnel, des ressources disponibles et des exigences de qualité et de sécurité des soins (Annexe I). Lorsqu'un gestionnaire de la DSI est sollicité pour l'ouverture d'un nouveau service/unité ou la modification d'un service/unité existant.e, celui-ci doit valider les éléments suivants :

- Prendre connaissance du profil de la clientèle (âge, niveau d'autonomie, comorbidités, etc.).
- Déterminer le niveau de complexité clinique (ex. : stabilité ou criticité des usagers, domaine spécialisé, etc.).
- Valider la disponibilité d'un outil d'acuité des soins pour ce service/unité. À défaut, valider :
 - les types de soins offerts (évaluation, surveillance, soins techniques, assistance, etc.) et leur fréquence;
 - le niveau de jugement clinique requis;
 - le niveau de risque de la clientèle (ex. : chute, délirium, suicide, atteinte à l'intégrité de la peau, etc.);
 - le recours à la prescription infirmière;
 - le niveau de dépendance des usagers (activités de la vie quotidienne- AVQ);
 - tout autre élément pertinent.
- Évaluer le volume d'activités attendu (ex. : admissions, congés, nombre de rendez-vous, etc.).

- S'informer sur les heures d'ouverture prévues (24 heures sur 24, 7 jours sur 7, jour, soir, nuit).
- Valider la présence ou l'absence de soutien administratif.
- Définir les rôles, responsabilités et des tâches attendues dans le service/unité.
- Se référer, s'il y a lieu, aux descriptions de fonctions des titres d'emploi en soins infirmiers et d'assistance disponibles pour les milieux similaires.
- Évaluer les possibilités d'optimisation du champ d'exercice ou de substitution de titres d'emploi (structure régulière), dans le respect des champs d'exercice. Le principe central à respecter est que le soin soit offert par la bonne personne, au bon moment.
- Tenir compte du modèle de soins sélectionné et de l'organisation du travail (ex. : soins modulaires (dyade), globaux ou approche mixte).
- Procéder à un « benchmark » auprès des établissements afin de trouver des comparables au niveau de la composition des équipes et des ratios.
- Effectuer une recherche de données probantes, conduites ou lignes directrices en vigueur pour des milieux similaires (ex. : ratios de Philippe Voyer).
- Déterminer le niveau de collaboration interprofessionnelle attendu et favoriser la complémentarité des rôles.
- Valider si un médecin ou une IPS est facilement joignable en cas de besoin.
- Évaluer la disponibilité de la main-d'œuvre en collaboration avec les gestionnaires cliniques et la direction des ressources humaines, du développement organisationnel et de l'apprentissage (DRHDOA).
- Tenir compte des contraintes organisationnelles (budget, conventions collectives, postes existants, environnement physique, etc.).
- Ajouter des ressources temporaires selon les situations particulières (ex. : éclosion, augmentation de la complexité des soins, surveillance accrue, etc.).
- Considérer l'expérience générale et spécifique de l'équipe et si l'équipe a accès à du soutien clinique (conseillère en soins infirmière, infirmière clinicienne soutien à la pratique, ICASI, etc.).
- Élaborer une proposition de composition d'équipe de soins et de ratios en fonction de l'analyse réalisée.
 - Si une conseillère en soins infirmiers contribue à la démarche, celle-ci doit se faire valider par son supérieur immédiat ou fonctionnel avant que la proposition soit acheminée à la directrice des soins infirmiers.
- Faire valider la proposition par la directrice des soins infirmiers avant la transmission au demandeur.
 - S'il s'agit d'une révision, il n'est pas nécessaire d'acheminer la proposition à la directrice des soins infirmiers à moins que le gestionnaire le juge nécessaire.

Le ratio à lui seul est insuffisant : il importe de s'assurer de la présence adéquate d'infirmières pour exercer l'évaluation de la condition physique et mentale, de permettre aux infirmières auxiliaires de contribuer à leur plein potentiel ainsi que de garantir un apport suffisant des PAB. Cette démarche doit être réalisée dans le respect des normes professionnelles, des champs d'exercice et des obligations légales applicables.

Section 2

Conception et mise à jour des plans de contingence

Le plan de contingence sert essentiellement à assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins lorsque des situations inhabituelles ou critiques surviennent. Il s'agit d'un ensemble de mesures préétablies permettant de faire face à des situations imprévues ou exceptionnelles qui perturbent le fonctionnement normal d'un service (ex. : pénurie de personnel, surcapacité, sinistre, etc.).

Il permet d'adapter **temporairement** l'organisation des soins afin de maintenir des ratios sécuritaires entre les soignants et les usagers, notamment en ajustant la composition des équipes, les ratios et la répartition des tâches. Il fournit également un cadre structuré pour soutenir la prise de décision des gestionnaires et, au besoin, la réorganisation des priorités de soins. L'application du plan de contingence doit se faire de manière progressive, basée sur une évaluation continue de la situation et des risques pour la sécurité des usagers.

Gradation des niveaux (régulier, plan B et plan Z) :

Le plan régulier correspond à la composition des équipes de soins basée sur la dotation prévue et les ratios usuels.

Lorsque le plan régulier ne peut être respecté, des mesures usuelles doivent être mises en œuvre, notamment le remplacement à temps régulier, le recours au temps supplémentaire volontaire et, en dernier recours, au temps supplémentaire obligatoire.

Lorsque les mesures usuelles ne permettent pas d'assurer le remplacement des ressources manquantes, des mesures de contingence peuvent être mises en place. Celles-ci s'inscrivent dans une gradation comprenant notamment le plan B, correspondant à des ajustements organisationnels intermédiaires, et le plan Z, qui réfère à des mesures exceptionnelles visant à maintenir les services essentiels dans un contexte de contrainte majeure. Le plan B ou le plan Z peut être activé par le gestionnaire ou son remplaçant, selon l'évolution de la situation et des risques identifiés. Toute mesure de contingence doit viser à maintenir le plus haut niveau de sécurité possible pour les usagers.

Le plan B correspond à un niveau d'adaptation de l'organisation des soins lorsque les mesures usuelles ne permettent pas de combler les besoins en personnel. Il peut inclure :

- la substitution de certains titres d'emploi dans le respect des champs d'exercice;
- la réorganisation des tâches;
- l'ajustement des ratios;
- la priorisation des soins essentiels.

Le plan Z correspond à un niveau exceptionnel de contingence, activé lorsque la sécurité des soins est compromise malgré l'application du plan B. Il peut inclure :

- une réduction temporaire de certaines activités non essentielles;
- une augmentation des ratios au-delà des seuils habituels;
- une réorganisation majeure des soins et des services;
- toute mesure exceptionnelle visant à maintenir un minimum de services sécuritaires.

Il est important de préserver, le plus possible, le rôle de l'ICASI ou de l'ASI, afin qu'elle puisse exercer pleinement ses fonctions spécifiques. Sur certains quarts de travail, dont la nuit, une prise en charge d'usagers peut être envisagée par l'ICASI ou l'ASI. En situation de contingence, notamment en plan Z, l'ICASI peut prendre à charge des usagers pour assurer le maintien de la sécurité de ceux-ci.

En plus des éléments mentionnés à la section 1, le gestionnaire de la DSI doit considérer les éléments suivants lors de l'élaboration ou la mise à jour d'un plan de contingence (plan B et plan Z) :

- Valider si un plan de contingence est déjà existant pour le milieu.
 - Si un plan existe, le modifier en fonction des besoins.
 - Si aucun plan n'existe, concevoir le plan en considérant tous les éléments de la section 1.
 - Il est suggéré de valider le plan avec des collègues gestionnaires lorsque sa conception présente un niveau de complexité élevé.

Il est recommandé d'élaborer les plans de contingence par paliers, en fonction du nombre de lits ou de civières autorisés au permis, en y intégrant des seuils inférieurs et supérieurs. Cette approche facilite la prise de décision des gestionnaires en fonction du nombre réel de lits. Par exemple, pour une capacité de 36 lits, il est pertinent de prévoir un palier correspondant à 36 lits, ainsi que des paliers complémentaires de 30 à 35 lits et de 37 à 40 lits.

- Appliquer la norme harmonisée concernant le nombre minimum de personnes nécessaires pour l'évacuation d'urgence (seuil sécurité civile) du milieu, s'il y a lieu.
- Moduler les plans en fonction du quart de travail et du jour de la semaine, lorsqu'applicable.
- Tenir compte des normes ministérielles ou organisationnelles.

- Faire valider la proposition par le supérieur immédiat, selon les modalités organisationnelles en vigueur. Dans le cas d'un nouveau plan ou d'une modification majeure, une validation par la directrice des soins infirmiers peut être requise.
- Prévoir une révision périodique des plans de contingence, minimalement sur une base annuelle, ou plus fréquemment selon l'évolution des besoins et des réalités opérationnelles.

5. Documentation

Compléter l'outil de consignation de composition des équipes, des quotas et des plans de contingence, selon la modalité en vigueur (ex. : Microsoft List).

6. Liste des annexes

Annexe I : Aide à la décision - Détermination de la composition des équipes de soins infirmiers et d'assistance

7. Références

Code des professions, RLRQ, c. C-26. Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-26>

Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux, RLRQ, c. G-1.021. Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.021>

Loi sur les infirmières et infirmiers, RLRQ, c. I-8. Repéré à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/i-8>

8. Historique

Processus d'élaboration		
Rédigé par	Geneviève Leboeuf, conseillère cadre spécialisée en soins infirmiers, volet développement et transformation, DSI	2026-06-22
Consultation(s)	Marie-Eve Sévigny, directrice des soins infirmiers, DSI	2026-07-01
	Mireille Clermont, directrice adjointe des soins infirmiers (par intérim), DSI	2026-07-03
	Dave Métras, conseiller cadre spécialisé en soins infirmiers, volet oncologie et continuum de fin de vie	2026-07-09
Instance(s) de consultation		
Instance(s) consultative(s)	Comité de coordination des documents d'encadrement administratifs	2026-07-28
Historique du document		
Adopté par	Marie-Eve Sévigny Directrice de la direction des soins infirmiers	2026-08-03
Commentaires		