

Notre santé, notre avenir

Un milieu de
travail de
qualité pour
les infirmières
canadiennes



RAPPORT FINAL DU COMITÉ CONSULTATIF
CANADIEN SUR LES SOINS INFIRMIERS



Notre santé, notre avenir

Un milieu de travail de qualité
pour les infirmières canadiennes

RAPPORT FINAL DU COMITÉ CONSULTATIF
CANADIEN SUR LES SOINS INFIRMIERS

Le contenu de cette publication peut être reproduit en tout ou en partie, pourvu que ce soit à des fins non commerciales et qu'on accorde le plein crédit au Comité consultatif des ressources humaines en santé.

Le texte intégral du présent rapport peut être consulté sur l'Internet, au site Web de Santé Canada :

<http://www.hc-sc.gc.ca>

© 2002 Comité consultatif des ressources humaines en santé



TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS	V
TERMINOLOGIE	VI
SOMMAIRE	1
CONTEXTE - LE COMITÉ CONSULTATIF CANADIEN SUR LES SOINS INFIRMIERS ET LA STRATÉGIE POUR LES SOINS INFIRMIERS AU CANADA	5
LE PROBLÈME - QUELLE EST LA CAUSE DE LA PÉNURIE D'INFIRMIÈRES?	7
Introduction.....	8
Gravité de la pénurie	9
Un équilibre fragile - Qui quitte les soins infirmiers et qui s'y joint?	10
En première ligne des soins de santé au Canada : le fardeau de la pénurie.....	12
Perspective globale	26
Au-delà des infirmières : patients, résidents, clients, familles et autres membres de l'équipe	28
SOLUTIONS : AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA VIE PROFESSIONNELLE DES INFIRMIÈRES CANADIENNES.....	31
Leçons tirées : Quelles conditions de travail favorisent la rétention des infirmières, minimisent le roulement du personnel et accroissent la satisfaction au travail?	32
Travaux en cours au Canada	34
À consulter.....	36
RECOMMANDATIONS	37
Introduction : Recommandations du Comité consultative canadien sur les soins infirmiers.....	38
1 ^{re} Recommandation : Établir des conditions permettant de résoudre les problèmes de gestion de la main-d'œuvre opérationnelle et de maximiser l'utilisation des ressources disponibles.....	40
2 ^e Recommandation : Créer des milieux de pratique professionnelle qui attirent et retiennent une main-d'œuvre en santé et engagée pour le XXI ^e siècle.....	44
3 ^e Recommandation : Surveiller les activités et diffuser une information permettant afin d'appuyer une main-d'œuvre infirmière réceptive, bien formée et engagée	49
CONCLUSION.....	53
BIBLIOGRAPHIE	55
OUVRAGES À LIRE.....	59
ANNEXES	63
Annexe A : Sommaire de La stratégie pour les soins infirmiers au Canada	63
Annexe B : Mandat du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers.....	68
Annexe C : Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers Sommaires des projets de recherche commandés.....	70
Annexe D : Structure du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers.....	86
Annexe E : Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers - Liste des membres	88
Annexe F : Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers - Invités et conférenciers	92

TABLE DES MATIÈRES



Il est toujours temps
de faire le bien

Martin Luther King Jr.





AVANT-PROPOS ET REMERCIEMENTS

Il est urgent de réparer les dégâts qu'une décennie de réforme et de restructuration du système des soins de santé a fait subir au secteur des soins infirmiers. Il est impérieux qu'on y apporte des changements constructifs. Toutefois, un simple retour à des jours plus heureux n'assurera pas aux Canadiennes et aux Canadiens des services infirmiers de haute qualité, qui sont la pierre d'assise d'un système de soins de santé plus large.

Nous décrivons dans ce rapport les raisons pour lesquelles le Canada a besoin d'un plus grand effectif d'infirmières et doit leur offrir de meilleures conditions de travail. Nous y demandons également que les travailleuses de ce secteur soient traitées avec plus de respect.

J'ai le privilège d'avoir été invité à présider le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, dont les membres sont les plus talentueux qui soient. Je tiens à les remercier, tous et toutes, de leur participation active, animée et passionnée. Merci beaucoup. Nous avons reçu l'aide dévouée de Michael Villeneuve, qui a dirigé notre personnel de soutien avec gentillesse, détermination et énergie. Nos six équipes de recherche ont enrichi nos conclusions de leurs connaissances approfondies et de preuves importantes. Wayne Brighton a coordonné tout ce travail de façon magistrale, et Louise Wood a été d'une grande utilité pour ce qui est de la production de la version finale du présent document.

Je souhaite donc que ce rapport suscite un sentiment d'urgence quant aux problèmes clairement définis auxquels est confronté le secteur des soins infirmiers. Des solutions s'imposent.

Michael B. Decter

AVANT-PROPOS



TERMINOLOGIE

La main-d'œuvre infirmière étant à prédominance féminine, nous avons privilégié l'emploi du terme «infirmière». Cette mesure vise simplement à alléger le texte et n'exclut en rien les hommes.

Dans la totalité du présent rapport, le terme «infirmière» est utilisé pour décrire les trois professions réglementées en soins infirmiers, à savoir :

- les infirmières auxiliaires autorisées;
- les infirmières psychiatriques autorisées; et
- les infirmières autorisées.

Les infirmières auxiliaires autorisées sont aussi appelées infirmières auxiliaires immatriculées dans certaines provinces. Tout au long du présent document, nous avons utilisé le terme «autorisé», qui représente tous ces titres.

Les infirmières psychiatriques autorisées ne sont réglementées que dans les quatre provinces de l'Ouest, et la plupart travaillent dans ces provinces.

Les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées travaillent dans toutes les provinces et tous les territoires.



SOMMAIRE

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers a été créé en 2001, en réponse à la première recommandation de la Nursing Strategy for Canada. Cette stratégie, mieux connue sous le nom de Stratégie nationale pour les soins infirmiers, a été élaborée par le Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS) et approuvée par la Conférence des sous-ministres et des ministres de la Santé en octobre 2000.

Suivant son mandat, le premier objectif du Comité consultatif sur les soins infirmiers consistait à formuler des recommandations quant à des directives visant à l'amélioration de la qualité de la vie professionnelle des infirmières aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Ce Comité a été constitué pour une période de 12 mois, et il a été convenu que son rôle et son mandat seraient examinés à nouveau à la fin de cette période.

À la suite d'un appel de mises en candidature, 16 personnes ont été nommées sur ce Comité par le Comité consultatif des ressources humaines en santé. Tous les membres du Comité ont été choisis en raison de leur savoir, de leur expérience et de leurs compétences personnelles. Douze des 16 membres provenaient d'organismes non gouvernementaux et d'employeurs, trois représentaient les gouvernements provinciaux et territoriaux, et un autre était issu du gouvernement fédéral. Des représentantes des infirmières ont été choisies au sein de trois catégories professionnelles de soins infirmiers : les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. La composition finale du Comité a été approuvée par les sous-ministres et les ministres de la Santé en mars 2001. Il était présidé par Michael Decter.

Le Comité s'est réuni trois fois, entre la date de sa constitution et mars 2002 : en juin et en novembre 2001, et en mars 2002. Chaque rencontre a duré deux jours entiers, et chacune comprenait des discussions et des débats sur l'ensemble des témoignages portant sur la vie professionnelle des infirmières et les environnements de travail de qualité. Lors de ces rencontres, le Comité a aussi consulté divers chercheurs et d'autres experts. Le Comité s'est penché sur les mémoires rédigés par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et l'Association des infirmières de l'Ontario. Pareillement, divers groupes ou individus ont été invités à se présenter devant le Comité ou en ont fait la demande.

SOMMAIRE



Pour informer les discussions et donner des points de vue actuels sur les questions d'actualités sélectionnées, le Comité a commandé six projets de recherche ou d'information. Dans le cadre de ces six projets, on a examiné les stratégies portant sur la création de lieux de travail sains, le coût de l'absentéisme et des heures supplémentaires des infirmières, les facteurs reliés au niveau de satisfaction des infirmières sur les lieux de travail, les conclusions des groupes de discussion quant aux définitions de termes tels que le respect et l'autonomie en milieu de travail fournies par les infirmières, ainsi que sur les structures organisationnelles au sein desquelles les infirmières, les médecins et les patients interagissent. Des chercheurs d'expérience ont été mis sous contrat à court terme pour réaliser ces projets. Malheureusement, des contraintes de temps et l'absence de données portant sur les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées ont limité la portée et la profondeur de ces six projets. Le présent rapport propose des sommaires de ces projets de recherche et d'information, et les rapports complets eux-mêmes sont mis à disposition sur demande.

À la suite des rencontres, consultations et activités de recherche, le Comité a préparé 51 recommandations qu'il a soumises au Comité consultatif des ressources humaines en santé. Ces recommandations peuvent être réparties en trois grandes catégories :

- celles visant à mettre en place les conditions nécessaires à la résolution des problèmes ayant trait à la gestion opérationnelle de la main-d'œuvre et à maximiser l'utilisation des ressources disponibles. D'une façon plus générale, ces recommandations sont conçues pour favoriser la réduction de la cadence et de l'intensité du travail en soins infirmiers, augmenter la proportion des infirmières qui travaillent à temps plein, réduire l'absentéisme et les heures supplémentaires, et maximiser le cadre des fonctions des infirmières.
- celles visant à la création d'environnements de pratique professionnelle qui attireront et retiendront des travailleurs en santé et engagés tout au long de 21^e siècle. Les activités essentielles découlant de cette recommandation portent sur : l'importance du respect manifesté à l'égard de tous les travailleurs du système de soins de santé; l'enseignement dispensé aux infirmières et leur diplomation à tous les niveaux, soit au premier, deuxième et troisième cycle; la hausse du financement destiné à la formation et au perfectionnement professionnel des infirmières et des étudiantes en sciences infirmières; l'amélioration des services éducatifs dans les milieux ruraux et éloignés; la maximisation des places disponibles dans les classes et les cliniques; et la violence et les mauvais traitements sur les lieux d'emploi.
- celles visant à la surveillance des activités, ainsi qu'à la production et à la diffusion de l'information, en vue de contribuer à la souplesse, à la formation et à l'engagement de la main-d'œuvre infirmière. Ces recommandations portent principalement sur des activités telles que : la



réalisation, à l'échelle nationale, d'une enquête sur la santé des infirmières; l'élaboration de directives pour des milieux de travail sain et de haute qualité en soins infirmiers; l'appui d'activités reliées à la reconnaissance et à la gratification du travail des infirmières et qui améliorent leur vie professionnelle; l'analyse et l'amélioration de notre compréhension de l'information sur la main-d'œuvre infirmière; et la mise en œuvre des recommandations formulées par les comités consultatifs provinciaux et territoriaux sur les soins infirmiers ou par des organismes équivalents, ainsi que les stratégies en cours destinées à améliorer la vie professionnelle des infirmières canadiennes et des campagnes nationales visant à attirer et retenir une main-d'œuvre diversifiée sur le plan des fonctions et à tous les niveaux, et, en particulier, des infirmières et des étudiantes-infirmières autochtones.

Mises ensemble, ces recommandations traitent des problèmes majeurs qui nuisent à la qualité des lieux de travail des infirmières canadiennes, à savoir :

- la nécessité d'augmenter le nombre d'infirmières;
- la nécessité d'améliorer la formation et de maximiser le cadre des fonctions des infirmières; et
- la nécessité d'améliorer les conditions de travail des infirmières.

Les répercussions de l'absence de mesures visant à régler les problèmes des travailleurs en soins infirmiers sont très simples : les professions réglementées de ce secteur constituent plus d'un tiers de l'ensemble de la main-d'œuvre canadienne, et les soins dispensés par les infirmières ont des effets notables sur la santé des patients, des clients et des familles que le système devrait desservir. En d'autres mots, la qualité du système se juge à la qualité des soins infirmiers. La valeur que constitue l'amélioration des conditions de travail des infirmières est manifeste; des mesures immédiates s'imposent.





CONTEXTE - LE COMITÉ CONSULTATIF CANADIEN SUR LES SOINS INFIRMIERS ET LA STRATÉGIE POUR LES SOINS INFIRMIERS AU CANADA

Depuis le début du XXI^e siècle, l'intérêt et l'activité qui se sont manifestés dans le secteur des ressources humaines en soins de santé ont été sans précédents. Ils résultaient des compressions budgétaires et de la réforme du système de santé survenues dans la plupart des provinces et territoires canadiens pendant les années 1990. Des rapports, des études et des stratégies crédibles ont été produits à tous les niveaux, par de simples employeurs, par les provinces et territoires et par le gouvernement fédéral, qui a procédé à des examens du système à l'échelle nationale. Ils traitent tous d'une façon ou d'une autre de la question des ressources humaines en soins de santé et portent tout particulièrement sur la description et la recommandation de stratégies visant à résoudre la pénurie actuelle et émergente touchant chaque région du pays et chaque discipline du domaine des soins de santé (Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie, 2002b).

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers a été créé en mars 2001 en réponse à la première recommandation de La stratégie pour les soins infirmiers au Canada (Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2000a), plus souvent appelé la Stratégie nationale pour les soins infirmiers. Reconnaissant, vers la fin des années 1990, une préoccupation croissante au sujet de la crise émergente au sein de la main-d'œuvre des soins infirmiers au Canada, la Conférence des sous-ministres et les ministres de la Santé de la Santé du Canada ont demandé au Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS) «d'élaborer une stratégie pancanadienne en matière de soins infirmiers» (CCRHS, 2000a, p. 2). Ayant mené une consultation approfondie des intervenants, le Groupe de travail sur les ressources en soins infirmiers et les travailleurs non réglementés de la santé du CCRHS a produit une stratégie nationale visant à présenter des recommandations en vue «d'obtenir et de maintenir un effectif infirmier adéquat bien formé et réparti de façon à combler les besoins en soins de santé des Canadiens» (CCRHS, 2002a, p. 2). Cette stratégie nationale a été approuvée par la Conférence des sous-ministres et des ministres de la Santé du Canada en octobre 2000 (voir Annexe A, sommaire de La stratégie).

CONTEXTE



Immédiatement après l'approbation de La stratégie pour les soins infirmiers au Canada, on a commencé à mettre en œuvre la première recommandation, soit la création d'un Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. Suivant les idées et les conseils des intervenants consultés au cours de l'élaboration de cette stratégie, les membres du Groupe de travail sur les ressources en soins infirmiers et les travailleurs non réglementés de la santé du CCRHS ont établi le mandat du Comité (voir Annexe B) ainsi que les critères de mise en candidature et de sélection des membres.

Dès le départ, les membres du Groupe de travail ont convenu que la qualité de la vie professionnelle des infirmières réclamait une attention immédiate. Conformément à son mandat, l'objectif premier du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers devrait être de formuler des recommandations sur l'orientation politique à adopter afin d'améliorer la qualité de vie au travail des infirmières et de créer un cadre et un contexte permettant d'élaborer des stratégies d'amélioration de leur vie professionnelle au niveau provincial et territorial (CCHRS, 2002b). Étant donné qu'au cours de ces deux dernières années, on a commencé à mieux apprécier l'ampleur de la crise, un certain nombre de gouvernements et d'établissements de soins de santé a adopté des mesures pour améliorer la qualité de vie au travail des infirmières canadiennes. On a apporté des changements très profonds, et quelques-uns des problèmes commencent sans aucun doute à se régler. Toutefois, l'existence même du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers prouve que nous faisons encore face à de très graves problèmes.

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers s'est réuni trois fois en 2001-2002. À la même époque, il a commandé six petits projets de recherche et d'information en vue d'informer ses travaux portant sur des sujets particuliers (voir Annexe C). On trouvera des détails sur la structure et la composition du Comité aux annexes D et E, respectivement. Le présent rapport donne un aperçu des questions traitées par le Comité consultatif canadien et présente les recommandations que ce dernier a élaborées dans le cadre de son mandat.

Une observation sur les données. Tout au long de ce rapport, nous faisons référence à des données sur les infirmières autorisées sans parler également des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières psychiatriques autorisées. Nous l'avons fait délibérément et conformément aux données disponibles. Nous nous préoccupons tous du manque de données générales, et plus précisément de la pénurie de données sur les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. Le fait que l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) prépare des bases de données pour ces deux groupes est encourageant; malheureusement, ces données seront diffusées trop tard pour qu'on les utilise dans ce rapport. Dans d'autres sources, comme l'Enquête sur la population active, les données ayant trait aux infirmières autres que des infirmières autorisées sont regroupées d'une manière tellement générale qu'elles ne permettent pas de mener une analyse approfondie ni de tirer des conclusions. Nous avons donc utilisé les données dont nous disposons, et recommandons la collecte, la sauvegarde et l'analyse de données sur les trois groupes d'infirmières réglementées. Ayant découvert que la plupart des études sur les ressources humaines en soins infirmiers portaient également sur les milieux de soins actifs, nous avons aussi utilisé ces données. Nous encourageons les chercheurs à appliquer leurs résultats aux soins communautaires et à long terme ainsi que dans d'autres milieux de soins infirmiers.



LE PROBLÈME - QUELLE EST LA CAUSE DE LA PÉNURIE D'INFIRMIÈRES?

Introduction..... Page 8

Gravité de la pénurie..... Page 9

*Un équilibre fragile - Qui quitte les soins
infirmiers et qui s'y joint?..... Page 10*

*En première ligne des soins de santé
au Canada : le fardeau de la pénurie..... Page 12*

Perspective globale..... Page 26

*Au-delà des infirmières : patients, résidents,
clients, familles et autres membres de l'équipe Page 28*

LE PROBLÈME



Introduction

Les infirmières sont la pierre angulaire d'un système de soins de santé qui a actuellement de multiples défis à relever, connaît de graves problèmes, mais qui, en même temps, doit profiter des occasions s'offrent à lui. Vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours par semaine, dans les centres de santé communautaires, les hôpitaux universitaires des villes et les postes de soins infirmiers isolés, les infirmières sont souvent les premières personnes que les Canadiens rencontrent lorsqu'ils nécessitent des soins.

Depuis plusieurs années, les gouvernements et les responsables des soins de santé au Canada reconnaissent que le système de soins de santé traverse une crise liée à la main-d'œuvre infirmière : on ne finance tout simplement pas assez d'heures de soins de santé pour les innombrables besoins en soins infirmiers. Par conséquent, les infirmières en poste sont ont une surcharge de travail et souffrent d'épuisement. Voilà en quelques mots le problème fondamental que nous vivons.

Le manque de soins infirmiers aux points de prestation des soins a trois causes profondes :

- une pénurie réelle d'infirmières (p. ex., un nombre réduit d'admissions aux programmes de formation des infirmières, une main-d'œuvre infirmière vieillissante;
- des problèmes de gestion des ressources humaines qui nuisent à la productivité maximale des infirmières aptes au travail (p. ex., un absentéisme marqué, la multiplication des heures supplémentaires, des taux élevés de travail à temps partiel, un nombre impressionnant de tâches non liées aux soins infirmiers, un cadre des fonctions restreint);
- un manque de fonds pour engager le nombre d'infirmières nécessaire à la prestation des soins demandés.

Ces trois facteurs fondamentaux, jumelés à une hausse de l'instabilité, de l'intensité et de la complexité des milieux de soins aux patients et à une érosion du leadership dans le secteur des soins infirmiers, qui résultent de la réduction des effectifs effectuée au cours des années 1990, ont contribué à la hausse continue de la charge de travail enregistrée dans tous les milieux d'exercice des soins infirmiers. À son tour, cette surcharge du travail a érodé la satisfaction et le moral des infirmières, occasionné un taux élevé d'absentéisme et menacé la qualité des soins prodigués aux patients. Amorcé au cours des années 1990, ce cycle a mené à une situation nécessitant l'élaboration d'une stratégie nationale d'intervention proactive et délibérée, qui permettrait de sauver et de renouveler ce secteur profondément troublé du système de santé.

Il est important que les décideurs comprennent que notre intention n'est pas d'aggraver un problème déjà fort complexe. Il serait aisé d'apporter des changements positifs sans mener d'autres études. Même à l'échelle nationale,



certaines solutions sont relativement simples, et d'autres pourraient s'appliquer avec les fonds déjà existants.

Les répercussions d'une absence d'interventions visant à régler ces problèmes de la main-d'œuvre des soins infirmiers sont très simples : mises ensemble, les professions associées aux soins infirmiers constituent plus d'un tiers de la totalité de la main-d'œuvre canadienne. Les soins que dispensent les infirmières ont des effets directs et importants sur la santé des patients, des clients et des familles que le système devrait desservir. Étant donné le nombre élevé d'infirmières au sein du système de santé, on a suggéré à maintes reprises que la qualité de ce système se jugeait à la qualité des soins infirmiers. Les effets et la valeur d'une amélioration des conditions de travail des infirmières sont très clairs pour les équipes multidisciplinaires et les soins aux patients; des mesures immédiates s'imposent.

Gravité de la pénurie

De par leur rôle et leur nombre, les infirmières sont la base même du système de soins de santé. Bien qu'il nous reste un grand nombre d'infirmières autorisées, il faut reconnaître dès le départ les répercussions dévastatrices des compressions des dépenses effectuées par les gouvernements. On compte actuellement environ 300 000 infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières psychiatriques autorisées dans le système canadien de soins de santé (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2001a). En ce qui concerne les infirmières autorisées, ce nombre équivaut à une pour 133 Canadiens (ICIS, 2001b), soit une baisse du rapport de 1:119 qui prévalait en 1990. Le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées est passé d'à peu près 83 000 en 1992 à environ 65 000 en 2000.

Ces pertes sont causées en partie par la réduction du nombre de places disponibles dans les écoles d'infirmières et par le fait que les infirmières qui ont pris leur retraite n'ont pas été remplacées. De plus, dans les années 1990, on pensait essentiellement que, pour maximiser le financement, la souplesse et les heures de soins infirmiers, il serait bon de transformer les postes à temps plein en emplois à temps partiel et occasionnels. Évidemment, cette transformation des états de service des infirmières a réduit le nombre d'heures de soins infirmiers. Soulignons en outre qu'une partie de cette perte est due à la mise à pied directe d'infirmières survenue pendant les années 1990.

Il est maintenant crucial que les gouvernements, les employeurs et les décideurs reconnaissent que si nous désirons que les infirmières et les autres professionnels de la santé se joignent au système et y demeurent, nous devons créer et maintenir des milieux de travail stables et sains

Nous ne savons pas si le nombre d'infirmières par personne établi en 1990 était exact, et, depuis, on a profondément modifié la structure et le fonctionnement du système. Mais les taux croissants d'absentéisme, la



multiplication des heures supplémentaires et la détérioration du moral du personnel infirmier suggèrent que le nombre d'infirmières est trop peu élevé.

De combien d'infirmières avons-nous besoin? À part les changements survenus au sein du système de soins de santé, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSI) affirme que, si le Canada voulait avoir aujourd'hui le même rapport infirmières-population que celui d'il y a dix ans, il faudrait ajouter immédiatement 16 000 infirmières au système (Connors, 2002). Il importe peu de savoir si ce chiffre donne ou non la mesure exacte du problème. La réalité est que nous manquons d'infirmières dans tous les secteurs et que, sans l'adoption de mesures correctives, la situation ira en se dégradant.

Un équilibre fragile - Qui quitte les soins infirmiers et qui s'y joint?

Avant d'aborder l'état problématique des soins de santé au Canada, il faut reconnaître que, quelle qu'en soit la cause, nous subissons actuellement une pénurie réelle d'infirmières, et que cette pénurie s'aggravera si l'on ne modifie pas résolument les politiques mises en cause. En 1997, Ryten avait prévu un manque de 59 000 à 113 000 infirmières autorisées avant 2011, ajoutant que cet écart entre la demande en soins infirmiers et l'offre d'infirmières commençait manifestement à croître (Ryten, 1997).

Selon une enquête environnementale menée en 2001 par l'Association des collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario, les taux de retraite cumulatifs des infirmières chefs et superviseuses jusqu'à 2010 seront de 48,9 %. Autrement dit, près de la moitié de cette main-d'œuvre prendra sa retraite d'ici à 2010.

Autres taux de retraite cumulatifs liés aux ressources humaines des soins infirmiers :

- Professeurs d'université – 49,6 %
- Chargés de cours collégiaux – 37,7 %,
 - Infirmières autorisées – 37,4 %
- Infirmières auxiliaires autorisées – 36,1 %.

Ce qui est encore plus problématique, c'est que la main-d'œuvre infirmière ne se renouvelle pas assez. Nous en sommes à l'ère où les infirmières de la génération du baby-boom arrivent à la retraite. En 1990, l'âge moyen d'une infirmière était de 39 ans, alors qu'aujourd'hui cette moyenne est de 43,3 ans (ICIS, 2001b). Près de la moitié des infirmières a plus de 45 ans, et près de 30 p. 100 des infirmières sur les lieux de travail ont plus de 50 ans. L'âge moyen des infirmières enseignantes approche de 49 ans (ICIS, 2001b). Puisqu'un grand nombre d'infirmières prend

leur retraite à 55 ans, on peut dire la grande majorité des infirmières



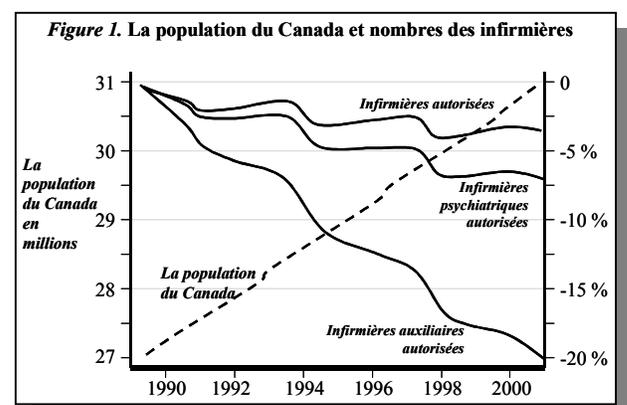
s'approche lentement, mais sûrement, de l'âge de la retraite. Et, en quittant le domaine des soins infirmiers, ces personnes s'en vont avec des connaissances, une expertise et une productivité essentielles à la stabilité du système des soins de santé et nécessaires au soutien et à l'encadrement des nouvelles praticiennes.

Il en découle une préoccupation connexe, soit les répercussions qu'a l'absence de sécurité d'emploi sur la main-d'œuvre infirmière. Il a été prouvé qu'un certain nombre de diplômées récentes avaient quitté le Canada pour se trouver un emploi à l'étranger ou ont tout simplement abandonné la profession, lorsqu'elles ont appris qu'elles ne pourraient pas obtenir de poste à temps plein au Canada. Celles qui sont restées et ont accepté des emplois à temps partiel, ou même des emplois à temps plein qui ne leur donnent aucune garantie de permanence, ont un fort sentiment d'insécurité qui ne profite ni aux infirmières, ni à leurs collègues, ni à leurs patients.

En parlant des personnes qui quittent le système, on en arrive tout naturellement à se demander qui y entre. Les données statistiques provenant des écoles canadiennes d'infirmières autorisées indiquent les causes premières de cette pénurie. En 1990, on comptait 12 170 admissions à des programmes de base en soins infirmiers; en l'an 2000, on ne comptait plus que 8 790 admissions, (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2002). Dans les faits, on constate une augmentation des admissions et des places ouvertes aux infirmières autorisées, aux infirmières auxiliaires autorisées et aux infirmières psychiatriques autorisées entre 2000 et 2002 (O'Brien-Pallas, Meyer, Alksnis et coll., 2002), mais la baisse initiale a été si grave qu'il faudra beaucoup de temps - et plus d'admissions - avant de mettre fin à la pénurie.

En une décennie où la population canadienne a augmenté de 11 p. 100, les admissions à des programmes d'études en soins infirmiers ont diminué de 26 p. 100; au cours de cette même période, jusqu'à l'an 2000, le nombre de diplômées a diminué de 46 p. 100. Le nombre d'infirmières psychiatriques autorisées et d'infirmières auxiliaires autorisées est aussi à la baisse (voir la Figure 1).

Comme on offre aux nouvelles diplômées de moins en moins de possibilités d'entrer dans le domaine des soins infirmiers et de plus en plus de choix de carrière à tous les jeunes Canadiens et Canadiennes, et que de plus en plus d'infirmières quittent la profession ou le pays, la pénurie s'aggravera si l'on n'adopte pas des mesures d'urgence. Dans les milieux de l'enseignement des soins infirmiers, les candidates et les diplômées sont plus âgées qu'auparavant, ce qui veut donc dire que leur nombre d'années de service en soins infirmiers est réduit dès le départ.





Si l'on n'y prend pas garde, le nombre des infirmières âgées quittant la population active risque tout simplement de dépasser celui des nouvelles infirmières qui s'y joignent, et ces départs auront des répercussions évidentes sur la pénurie. Un point positif cependant : le nombre de candidates qualifiées continue de dépasser celui des places disponibles dans les programmes d'enseignement en soins infirmiers. Malheureusement, dans certaines régions du pays, les candidates pleinement qualifiées restaient jusqu'à trois ans sur des listes d'attente avant de pouvoir commencer leurs études en soins infirmiers. On comprend leur déconvenue face à un système qui reconnaît la pénurie d'infirmières.

Plusieurs gouvernements ont d'abord réagi en augmentant le nombre d'admissions en sciences infirmières. Mais il faut plusieurs années avant qu'une infirmière obtienne son diplôme, et, à elle seule, la hausse des admissions ne résoudra pas le problème. De plus, cette augmentation du nombre d'admissions en sciences infirmières pose un nouveau défi que la communauté des soins infirmiers devra relever : il devient toujours plus ardu d'intégrer les diplômées à un système dont on a réduit les effectifs.

Pour ajouter à la confusion, certains ont suggéré que, si l'on souhaitait remédier à la pénurie, il suffisait de réduire les exigences en matière de formation des infirmières pour qu'un plus grand nombre d'infirmières puissent plus rapidement obtenir leur diplôme. S'il y avait une pénurie de neurochirurgiens, d'architectes ou d'avocats, oserait-on proposer de réduire simplement d'un an ou deux leurs années d'études? Il y a fort à parier que non. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers appuie de façon non équivoque l'idée d'une formation accrue pour les infirmières de toutes catégories et entend couper court à toute discussion quant à la réduction du niveau d'instruction requis pour entrer dans la pratique.

En première ligne des soins de santé au Canada : le fardeau de la pénurie

Nous avons une idée assez précise de celles qui amorcent une carrière en soins infirmiers et de celles qui abandonnent la profession. Notre plus grand défi consiste donc à trouver des façons de maintenir et de maximiser les compétences et la productivité de celles œuvrant encore au sein du système.

À ces fins, nous savons qu'un haut niveau de prévisibilité est essentiel à tout environnement de travail qui se veut sain (Bauman, O'Brien-Pallas, Armstrong-Stassen et al., 2001). Glouberman insiste aussi sur le fait que la situation actuelle n'offre aucune stabilité au personnel infirmier et qu'un milieu de travail instable rend chaque employé plus nerveux et moins respectueux d'autrui (2002, p. 29). Il est essentiel que les gouvernements, les employeurs et les décideurs reconnaissent que, si nous souhaitons que des infirmières et d'autres



professionnels de la santé se joignent au système et y demeurent, il nous faut créer et maintenir des environnements de travail stables et sains.

Par exemple, les infirmières ont besoin d'un stationnement sûr et accessible. Dans bien des endroits, les infirmières travaillent jour et nuit, et celles à l'œuvre les week-ends et en pleine nuit ont autant besoin d'aliments chauds et nutritifs que celles qui travaillent de jour. Les infirmières ont besoin d'horaires adaptés à leurs besoins, souples et innovateurs, et qui permettent à cette main-d'œuvre à prédominance féminine d'équilibrer la vie au foyer et la vie professionnelle, et de satisfaire les besoins imprévisibles de leurs familles.

En nous efforçant de présenter des recommandations visant à stabiliser les lieux de travail en soins de santé, il faut tenir compte de deux principales catégories de facteurs : les questions relatives à la gestion de la main-d'œuvre opérationnelle et celles qui touchent les milieux de pratique professionnelle.

Questions relatives à la gestion de la main-d'œuvre opérationnelle

Les questions opérationnelles touchant les travailleuses de la santé sont réparties sous cinq rubriques principales, qui sont interdépendantes : a) la charge de travail b) les heures supplémentaires c) l'absentéisme d) les états de service et e) le cadre des fonctions et les tâches non liées aux soins infirmiers.

Charge de travail. En augmentant la charge de travail, on a créé automatiquement une surcharge de travail, qui constituait l'une des caractéristiques néfastes et inévitables des soins infirmiers dans les années 1990 et qui persiste encore aujourd'hui. Les signes d'une surcharge de travail ne sont pas difficiles à discerner. Les infirmières indiquent qu'elles doivent accomplir plus d'une tâche à la fois à plus d'un endroit à la fois; très souvent, elles ont un patient très malade à leur charge (Viewpoints Research, 2002). On leur impose de nouvelles tâches ou du travail plus difficile, en leur laissant moins de temps pour l'accomplir. Elles constatent que leurs journées se déroulent à un rythme affolant, en ayant le sentiment de devoir toujours se rattraper (Viewpoints Research, 2002). Les infirmières disent qu'elles ne peuvent pas toujours prodiguer tous les soins nécessaires à leurs patients parce qu'elles ont tout simplement beaucoup trop à faire en très peu de temps (Aiken, Clarke, Sloane et coll., 2001). Comme l'indique un rapport, les infirmières administratrices et le personnel infirmier se

Les infirmières travaillent plus fort, elles s'occupent de plus de personnes et passent moins de temps avec chacune d'elles. Dans ce milieu en évolution constante, on a réduit le temps qu'il leur reste pour évaluer, surveiller et prodiguer de bons soins infirmiers et pour enseigner, reconforter et communiquer.

Rapport du Groupe de travail de l'Ontario sur les soins infirmiers, 2000



sentent démoralisés lorsqu'ils ne peuvent trouver assez de personnel pour prodiguer des soins sécuritaires (Marck, Allen, et Phillipchuk, 2001).

Lorsqu'un nombre moins élevé d'infirmières accomplit davantage de tâches dans un milieu plus intense et complexe, la surcharge de travail s'accroît (Aiken et coll., 2001; Baumann et coll., 2001; O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis et Bruce, 2001). La pression physique et mentale que crée la surcharge de travail cause un niveau étonnant de blessures, de maladies et d'épuisement qui font du tort aux employeurs en soins infirmiers depuis plusieurs années. De plus, les chercheurs ont indiqué que les infirmières souffrent plus que tous les autres professionnels de la santé d'un excès de stress (Sullivan, Kerr et Ibrahim, 1999).

Selon Baumann et ses collègues, les résultats de la recherche indiquent clairement que les problèmes découlant du travail et du milieu de travail des infirmières, y compris le stress, les charges de travail énormes, le nombre élevé d'heures travaillées, les blessures et les mauvais rapports avec d'autres professionnels risquent de nuire à leur santé physique et mentale. Les résultats d'études menées auprès de plusieurs disciplines professionnelles ont démontré que les longues périodes de stress au travail nuisent aux relations personnelles et accroissent les périodes de maladie, le roulement du personnel et le manque d'efficacité (Baumann et coll., 2001, p iv). Dans les milieux où il n'y a pas suffisamment de personnel, la surcharge de travail crée plus d'heures supplémentaires, et, à son tour, le stress causé par ces heures supplémentaires est souvent à la source des maladies et des blessures des infirmières.

Dans la multitude de rapports traitant de la situation des soins infirmiers, il est fait fréquemment état d'une interaction entre la surcharge de travail et le mécontentement des infirmières qui s'efforcent d'accomplir leurs tâches comme il se doit. L'un de ces rapports indique qu'en plus des heures supplémentaires ordinaires, certaines infirmières faisaient des quarts de 8 ou de 12 heures sans pause, car c'était la seule façon de finir leur travail, mais leur insatisfaction persistait néanmoins.

Même en travaillant plus fort et pendant de plus longues heures, de nombreuses infirmières se sentent toujours insatisfaites du niveau de soins qu'elles réussissent à prodiguer et sont toujours plus fâchées du nombre de tâches administratives et non liées aux soins infirmiers qui les empêchent de prodiguer des soins de grande qualité à leurs patients. Les répercussions de l'augmentation de la charge de travail sont complexes : comme elles sont trop peu nombreuses et ont trop de responsabilités, les infirmières se sentent éloignées des valeurs et des éléments fondamentaux de leur profession, et ont de la peine à se sentir fières et satisfaites de leur travail; elles se sentent toujours moins productives et efficaces. (Thomson, Dunleavy et Bruce, 2002, p. 24).



Heures supplémentaires. Immédiatement après les compressions budgétaires et la réduction des effectifs survenues dans les années 1990, il a semblé que l'on assistait à un accroissement de la productivité élémentaire : les tâches semblaient accomplies par moins de personnes, et les lieux de travail ont donc paru, à court terme, plus efficaces et productifs. Il est difficile de déterminer si la masse salariale a vraiment diminué. Les résultats d'études menées au Canada et aux États-Unis indiquent qu'en raison des heures supplémentaires, le manque de personnel coûte en fait plus cher aux employeurs. Il coûte aussi très cher à la vie personnelle des infirmières et aux trésors publics du Canada.

Les infirmières autorisées canadiennes font presque un quart de million d'heures supplémentaires chaque semaine, ce qui équivaut à 7 000 emplois à temps plein sur une période d'un an (Centre syndical et patronal du Canada [CSPC], 2002). Lorsque les infirmières font trop d'heures de travail, avec une intensité devenue inévitable dans le système actuel, elles en souffrent beaucoup. Toutes les infirmières, qu'elles travaillent à temps plein ou à temps partiel, souffrent d'un niveau élevé de foulures, d'entorses et de maux de dos. Lorsque les infirmières doivent déplacer des patients presque sans aide et avec un équipement inadéquat, alors qu'elles sont déjà fatiguées ou stressées ou les deux, on ne s'étonne pas de l'incidence

élevée de blessures musculo-squelettiques. Les résultats de la recherche indiquent une corrélation directe entre le nombre d'heures supplémentaires et les congés de maladie, ainsi qu'entre les heures supplémentaires et le nombre de blessures (O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis et Bruce, 2001 ; Shamian, O'Brien-Pallas, Kerr, et coll., 2001).

Absentéisme. Directement liées à la surcharge de travail et aux heures supplémentaires, les preuves de fatigue, de maladie et de blessures des infirmières sont claires : au cours d'une semaine, plus de 13 000 infirmières autorisées, soit 7,4 p. 100 de toutes les infirmières autorisées, s'absentent du travail pour cause de blessures, de maladies, d'épuisement ou d'invalidité (Centre syndical et patronal du Canada [CSPC], 2002). Selon l'Enquête sur la

Coût des heures supplémentaires et de l'absentéisme

- Les infirmières autorisées canadiennes font presque un quart de million d'heures supplémentaires chaque semaine, ce qui correspond à *7 000 emplois à temps plein par année*
- Chaque année, on perd plus de 16 millions d'heures dues aux blessures et aux maladies que subissent les infirmières autorisées – soit près de *9 000 emplois à temps pleins en soins infirmiers*
- Le Centre syndical et patronal du Canada estime que les salaires payés en heures supplémentaires, en absences et en remplacement des absentes vont de *962 millions à 1,5 milliard de dollars chaque année.*



population active au Canada, le taux d'absentéisme est 80 p. 100 plus élevé que la moyenne canadienne, soit de 8,1 p. 100 chez les infirmières, par rapport à 4,5 p. 100 dans 47 autres groupes professionnels (CSPC, 2002). L'absentéisme des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières psychiatriques autorisées s'ajoute à ces chiffres, bien que nous ne possédions pas encore de données statistiques exactes pour ces deux groupes. Le segment le plus vulnérable de la main-d'œuvre infirmière est celui des infirmières plus âgées. Le fait que les infirmières constituent le groupe de travailleurs canadiens le plus malade laisse songeur et devrait faire rougir de honte tous ceux qui occupent des positions de contrôle et de gestion au sein de notre système de soins de santé.

Quelles sont les répercussions économiques de ce taux d'absentéisme? Sur une période d'un an, plus de 16 000 d'heures de soins infirmiers sont perdues en raison des blessures et des maladies, soit presque 9 000 postes à temps plein dans le secteur des soins infirmiers (CSPC, 2002). Il serait irréaliste d'espérer éliminer complètement la maladie et les blessures. Mais, si l'on réussissait à abaisser le taux d'absentéisme chez les infirmières à celui du reste de la main-d'œuvre, on regagnerait immédiatement quelque 3 500 postes d'infirmières à temps plein en une année complète (CSPC, 2002).

En supposant que les infirmières subissent relativement les mêmes taux d'absentéisme en raison de maladies ou de blessures non liées au travail que les autres citoyens canadiens, il serait raisonnable de croire que l'excès d'absentéisme des infirmières est lié à leur profession ou au milieu où elles l'exercent. Nous ne pourrions probablement pas modifier les taux de cancer ou

Près de la moitié des infirmières du pays ont des emplois à temps partiel ou occasionnels

Les infirmières autorisées qui travaillent involontairement à temps partiel font en moyenne 22 heures par semaine. Si elles avaient pu travailler à plein temps, elles auraient fait 4,7 millions d'heures de plus en soins infirmiers en 2001, ce qui équivaut à 2 592 postes d'infirmières à plein temps.

d'accidents d'automobile ou d'interventions chirurgicales que subissent les infirmières; mais nous pouvons certainement modifier les conditions dans lesquelles elles exercent leur profession lorsque ces conditions accroissent les taux déjà élevés d'absentéisme. Et, si nous ne nous sentons pas mus par l'obligation morale d'aider les infirmières, peut-être que le prix qu'en paie le public nous incitera à agir. Nous dépensons d'énormes sommes d'argent qui n'apportent absolument aucun avantage et qui seraient beaucoup plus efficaces si nous les investissions dans le système.

États de service. Près de la moitié des infirmières du pays a des emplois à temps partiel ou occasionnels (sans horaire). Cette proportion élevée de personnel à temps partiel (ICIS, 2001b) causerait des problèmes dans n'importe quel milieu de travail. On s'aperçoit en un clin d'œil que le seul fait d'établir des horaires de travail absorbe quantité de ressources humaines et financières. Ajoutons à cela le coût des heures supplémentaires et les commissions à payer aux agences qui engagent des



infirmières afin de compenser des effectifs imprévisibles. De tels coûts draineraient le budget de n'importe quelle organisation. Un autre inconvénient est qu'il est difficile de créer l'harmonie et l'esprit d'équipe nécessaires à tout lieu de travail qui se veut efficace. Et l'un des effets secondaires de cette fragmentation des emplois dans le secteur des soins de santé est probablement la confusion qu'elle crée chez les patients. On a calculé qu'en un séjour de trois jours à l'hôpital, le patient moyen aura fait l'objet de l'attention de près de 80 personnes, dont le nom et les fonctions resteront un mystère à ses yeux.

Nombre d'infirmières travaillent à temps partiel par nécessité, et non pas par choix : elles ne peuvent trouver un travail à temps plein. En situation de pénurie, il semble incroyable et troublant qu'on soit incapable de maximiser l'emploi de chaque employé qui cherche un travail à temps plein. Au milieu des années 1990, un grand nombre de jeunes et de nouvelles infirmières diplômées n'arrivait pas à se trouver un travail à temps plein; ces postes étaient attribués à des infirmières plus âgées ayant plus d'ancienneté. Plutôt que d'attendre patiemment en acceptant des postes à temps partiel, qu'occupe à l'heure actuelle presque la moitié de la main-d'œuvre infirmière, certaines de ces jeunes infirmières ont quitté le pays; d'autres ont tout simplement délaissé la profession. Le fait d'occuper des postes à temps partiel, de devenir des infirmières «volantes» ou de travailler à de multiples endroits fait obstacle aux progrès des nouvelles praticiennes de progresser, qui ne peuvent passer de novices à expertes à un rythme qui leur convient et répondant aux besoins du système. On entend constamment, à la grandeur du pays, les infirmières dire à quel point elles sont déçues de ne pas avoir accès à des emplois à temps plein.

Une solution possible à cette pénurie de personnel serait la création de groupes d'infirmières «volantes», qui travailleraient dans plusieurs unités ou à plusieurs endroits. Mais de tels groupes pourraient être difficiles à maintenir, car les infirmières préfèrent généralement des affectations permanentes. Toutefois, si l'on en créait, le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers recommande qu'on n'y affecte pas de nouvelles diplômées qui, selon nous, requièrent et méritent un milieu d'apprentissage plus stable.

Dans un hôpital, les infirmières ont pour tâche de prodiguer des soins aux patients. Mais les résultats de toutes les études démontrent qu'elles passent jusqu'aux trois-quarts de leur temps à des travaux qui n'apportent rien aux patients ... Cela ne détruit pas que leur productivité, mais leur motivation et leur fierté.

Lorsqu'un hôpital se concentre sur la bureaucratie en la confiant à un commis d'étage qui ne fait rien d'autre, les infirmières doublent de productivité, et de satisfaction. Elles ont enfin le temps de se consacrer au travail pour lequel on les a formées : les soins aux patients.

Drucker, 1993, p. 90



Une autre préoccupation d'égale importance est le fait que bien des infirmières choisissent de travailler à temps partiel parce qu'elles refusent les conditions de travail allant de pair avec les postes à temps plein. En n'acceptant que des emplois à temps partiel ou occasionnels, les infirmières peuvent exercer une certaine maîtrise sur leur vie professionnelle; pour bon nombre d'entre elles, cela compense raisonnablement la perte des avantages sociaux et de la sécurité d'emploi que leur procurerait un poste à temps plein.

Malheureusement, les incitatifs offerts dans le domaine des soins infirmiers ne sont pas très bien choisis; les avantages financiers et personnels offerts favorisent souvent le travail à temps partiel et occasionnel. L'infirmière à temps partiel jouit d'un niveau de contrôle que n'offre pas le poste à temps plein, tout en étant en mesure de compléter son revenu par des heures supplémentaires.

En inversant le déploiement des infirmières, on créera la base de la durabilité et de la planification de la relève. Un plus grand nombre de jeunes infirmières ont besoin de travailler à temps plein; les infirmières plus expérimentées (et plus âgées) devraient pouvoir opter pour des emplois à temps partiel sans perdre leurs avantages sociaux. Une solution immédiate serait de recruter activement des infirmières à temps partiel en les incitant à prendre des postes à temps plein. Cependant, certains emplois à temps plein devraient aussi être offerts à de nouvelles diplômées qui ont accepté un emploi ou ont tout simplement quitté la profession parce qu'elles voulaient travailler à temps plein. En passant du rapport actuel entre le travail à temps plein à celui à temps partiel de 55-45, à un autre de 70-30, les organismes de soins de santé acquerraient une main-d'œuvre infirmière stable tout en conservant une certaine souplesse susceptible de favoriser autant ces mêmes organismes que les infirmières qui préfèrent le travail à temps plein.

Cadre des fonctions et tâches non liées aux soins infirmiers. Avec les compressions budgétaires effectuées dans les milieux de soins de santé, les infirmières ont dû apprendre à travailler à une cadence infernale. Il y avait ainsi moins d'infirmières pour donner plus de soins infirmiers et, en même temps, on s'attendait à ce qu'elles accomplissent des tâches non liées aux soins infirmiers qui, auparavant, ne faisaient pas partie du travail quotidien d'une infirmière. On forme les infirmières à dispenser des soins aux patients, et pourtant la pénurie du personnel de soutien les a forcées à vaquer à des tâches administratives et à négliger les exigences de base des patients. Malheureusement, on ne peut ignorer que ceux-ci ont besoin qu'on leur distribue des repas, qu'on les amène à la salle d'opération et qu'on leur apporte des fournitures et des appareils, avec, pour résultat, que les infirmières dans tous les sens.

Par conséquent, quel message transmettons-nous quand, en une période de présumée pénurie, nous demandons à une professionnelle qui détient un diplôme universitaire de distribuer des repas, de nettoyer les liquides renversés, de chercher du personnel pour remplacer d'autres infirmières malades, de faire la navette entre les patients et les banques de sang ou les pharmacies, ou



encore de servir de porteuse d'hôpital? Voulons-nous vraiment utiliser ainsi ce que nous reconnaissons tous comme une ressource précieuse en voie de disparition? Probablement pas, mais, pourtant, nous autorisons cette pratique.

Divers établissements de soins de santé ont réduit leur personnel de soutien (en raison des compressions budgétaires) de manière chronique. Une telle situation réduit la satisfaction professionnelle, mais diminue surtout l'estime de soi, puisque les infirmières en déduisent que leurs gestionnaires n'apprécient pas l'importante contribution intellectuelle qu'elles apportent au soin des patients (Baumann et coll., 2001). Le rapport du Sénat canadien sur le système de soins de santé souligne cette tendance avec une préoccupation compréhensible : les infirmières constituent une ressource chère et en voie de disparition, et nous ne pouvons pas nous permettre de les assigner à des tâches non liées aux soins infirmiers. La première mesure à prendre est de résoudre le problème de la charge de travail dans tous les milieux du système (2002a, p. 117).

Au lieu de maximiser le cadre des fonctions des infirmières, nous avons créé une situation où nous nous attendons presque automatiquement à ce qu'elles réduisent ce même cadre pour se concentrer sur des tâches secondaires, et non pas essentielles. Nous apprécions trop la ressource précieuse que constitue un chirurgien pour lui demander de nettoyer la salle d'opération entre chaque intervention chirurgicale, et nous aurions tout à fait raison de nous y opposer. Pourtant, c'est exactement le message ambigu que nous transmettons en permanence aux infirmières en leur demandant d'interrompre le travail hautement spécialisé qu'elles effectuent, pour accomplir des tâches non liées aux soins infirmiers. Nous disons que nous souffrons d'une pénurie d'infirmières, et pourtant chaque jour, nous plaçons les infirmières dans des situations où une partie importante, même si elle n'est formulée par écrit, de leur description de travail consiste à restreindre leur cadre de fonctions et de négliger l'aspect intellectuel de leur profession, pour exécuter des tâches qui incombent à d'autres. Les politiques de plusieurs employeurs interdisent aux infirmières auxiliaires autorisées, qui ont reçu la formation d'administrer des médicaments, par exemple, d'effectuer cette tâche auprès des patients. Mises ensemble, ces décisions n'ont aucun sens.

Il est temps de mettre fin à ces pratiques d'emploi et de redonner de l'importance à la pratique professionnelle de chaque infirmière auxiliaire autorisée, de chaque infirmière psychiatrique autorisée et de chaque infirmière autorisée et, évidemment, de tous les autres professionnels de la santé du pays. Bien que les infirmières appartiennent à diverses catégories en fonction du programme d'éducation qu'elles ont suivi, il est clair qu'en se superposant les unes aux autres, certaines règles et attitudes empêchent les infirmières d'exercer pleinement les compétences qu'elles ont acquises. On éliminerait certaines des pénuries dont souffrent les milieux de travail en soins de santé si l'on permettait aux infirmières et aux autres praticiens des soins de santé de remplir le cadre de leurs fonctions dans son entièreté. Nous ne pouvons nous



permettre de poursuivre dans cette voie et devrions utiliser nos ressources les plus précieuses de façon plus judicieuse que nous le faisons actuellement.

Milieus de pratique professionnelle

La réduction de l'effectif et les compressions budgétaires effectuées dans l'ensemble du système des soins de santé au cours de la dernière décennie ont produit de nombreux effets secondaires qui, à première vue, semblent moins importants que la mise à pied d'infirmières ou la réduction de la durée de séjour des patients. On s'est en effet peu aperçu de la perte des infirmières chefs et du fait que de nombreuses infirmières avaient perdu une relation précieuse avec leurs superviseuses, auxquelles elles pouvaient s'adresser directement. Les appuis financiers au perfectionnement professionnel ont été coupés, et lorsqu'il y avait des occasions de formation, bien des infirmières étaient incapables d'en profiter parce qu'on avait besoin d'elles dans des centres de santé, des foyers et des hôpitaux. À cela se sont ajoutés les mauvais traitements verbaux et physiques de la part de patients, de familles et de collègues, tous mécontents de leur expérience au sein du système de soins de santé, qui ont érodé le sens du respect d'elles-mêmes et de leur travail qu'avaient les infirmières.

Ces effets secondaires de la réduction des effectifs au sein du système continuent aujourd'hui de nuire aux milieux de pratique professionnelle en soins infirmiers, et il faudra y remédier avec autant de vigueur qu'on le fait pour les problèmes comme l'absentéisme et les heures supplémentaires. Ces effets «secondaires» sont discutés plus bas sous les rubriques suivantes : a) leadership, b) éducation, c) violence et mauvais traitements, et d) quête du respect.

Leadership. Au cours des premières années de la restructuration, dans une tentative d'accomplir plus de travail avec moins de personnel et moins d'argent, plusieurs employeurs du secteur des soins de santé ont éliminé les postes d'infirmières chefs et d'expertes telles que les infirmières cliniciennes spécialisées. Les administrateurs ont tout simplement réduit le nombre de gestionnaires en confiant les responsabilités aux gestionnaires qui restaient et, par conséquent en retirant ces coûts de la masse salariale; pour les infirmières, cela signifiait beaucoup plus.

Ainsi, en l'an 2000, 7,7 p. 100 des infirmières étaient gestionnaires, par rapport à 10,1 p. 100 en 1994 (ICIS, 2001a) - soit une perte de près de 5 500 postes de gestionnaires. L'élimination de postes d'infirmières chefs ou la modification de leurs fonctions ont soudain privé les infirmières d'une structure de leadership essentielle à leur efficacité, à leur efficience et à l'esprit des soins infirmiers.



Les infirmières chefs ont toujours représenté plus que des administratrices qui signent les chèques de paye. Dans la plupart des milieux, elles offraient un certain mentorat, un encadrement et une expertise aux patients, aux familles et aux infirmières, qui pouvaient toujours compter sur elles. Cette tradition était particulièrement importante pour les infirmières novices qui ont besoin d'un leadership et d'une orientation solide. Les résultats d'innombrables études indiquent que la relation avec le superviseur immédiat est un indicateur important de la satisfaction à l'emploi et de l'intention de demeurer au poste (Blegen, 1993; Irvine et Evans, 1992; Thomson, Dunleavy et Bruce, 2002). Thomson et ses collègues résumant ainsi le problème : au moment où les infirmières ont le plus besoin de leadership, le cadre des gestionnaires se restreint, laissant les infirmières avec peu d'appui quotidien et moins d'accès aux personnes qui, de par leur poste hiérarchique, pourraient défendre leur cause (2002, p. 26).

Au cours des discussions menées dans tout le pays, le thème le plus puissant invoqué par les infirmières était leur besoin de perfectionnement professionnel une fois qu'elles entraient en poste.

La perte des infirmières chefs et des superviseuses s'est accompagnée d'une réduction des possibilités de formation et de perfectionnement professionnel offertes aux infirmières, comme les infirmières enseignantes et les cliniciennes spécialisées qui, traditionnellement, étaient à la base de l'avancement des soins aux patients en enseignant les dernières technologies aux infirmières et en intégrant les résultats de la recherche et les pratiques exemplaires à l'exercice professionnel quotidien. Ces pertes sont survenues de toutes parts, et dans plusieurs cas, les infirmières se sont senties très seules avec leur responsabilité de prodiguer des soins aux patients.

D'une manière plus générale, les changements survenus au sein de la hiérarchie infirmière ont exclu de nombreuses infirmières du processus d'élaboration des politiques et de prise des décisions, puisque leur représentante ne faisait plus partie du système de gestion. Il en a découlé inévitablement un sentiment de rejet. La situation ne s'est pas améliorée lorsque des infirmières se sont retrouvées sous la supervision d'un personnel non infirmier; elles se plaignaient que des gens qui ne connaissaient pas le domaine des soins infirmiers leur disaient comment faire leur travail.

Dans bien des cas, les infirmières chefs sont devenues des gestionnaires de première ligne ayant des responsabilités tellement étendues qu'elles passaient leur temps à gérer des documents et des budgets plutôt qu'à s'occuper des êtres qu'on leur avait confiés. En fait, les gestionnaires ont développé un tel degré d'insatisfaction, et considéré leurs tâches comme étant tellement exigeantes que les jeunes infirmières n'avaient pas du tout envie d'accéder à ces postes; en observant la vie professionnelle de leur administratrice, elles refusent veulent pas du tout s'y aventurer. Dans plusieurs cas, le rôle d'infirmière chef, de celle qui dispense des conseils pratiques, fournit un



encadrement, un mentorat et un soutien a complètement disparu, et la qualité des soins aux patients et de l'esprit d'équipe en souffre énormément.

Avec la diminution de la participation des infirmières aux processus de prise de décisions, on observe un déclin de leur esprit d'autonomie. Les infirmières ont commencé à sentir qu'elles avaient perdu leur place, et un sentiment d'impuissance s'est souvent substitué à leur confiance en elles-mêmes. Avec la perte de leurs infirmières chefs, il ne leur restait plus beaucoup d'alliées dans le système, d'administratrices qui comprenaient la nature de leur travail et les problèmes auxquelles elles faisaient face - et qui pouvaient les défendre au besoin. Leur travail est devenu de plus en plus difficile, et elles ont perdu progressivement tout appui. Le respect des infirmières à l'égard du système s'est, bien sûr, détérioré, car elles sentaient de plus en plus qu'on ne les appréciait pas à leur juste valeur. Le fait d'ajouter des responsabilités au travail des employés sans leur accorder plus de pouvoir constitue rarement une stratégie efficace.

Formation. Au cours des discussions tenues à la grandeur du pays, le sujet le plus récurrent chez les infirmières était leur besoin de perfectionnement professionnel après leur entrée en fonctions. Elles souhaitent obtenir des heures de perfectionnement professionnel payées, mais pas pendant leurs quarts normaux, de la même façon qu'un grand nombre de gestionnaires et certains professionnels des soins de santé a accès à des cours de formation dans le cadre d'un emploi rémunéré. Soulignons qu'au cours des réunions de groupes de discussion tenues dans tous les centres du pays, les infirmières ont indiqué que le perfectionnement professionnel constituait leur priorité, après le désir qu'on les consulte sur les soins aux patients et les changements apportés à leur lieu de travail. (Viewpoints Research, 2002).

Tout le monde reconnaît désormais le besoin de perfectionnement professionnel. Le comité mixte sur les soins infirmiers de la province de l'Ontario a reconnu l'année dernière que des difficultés budgétaires et un manque de cliniciennes enseignantes avaient forcé le gouvernement à réduire le financement du perfectionnement professionnel. Il en découle un écart entre les compétences des infirmières et les besoins des employeurs, surtout dans les domaines de spécialité clinique. (Baumann et coll., 2001). Le fait d'offrir aux infirmières un perfectionnement professionnel rémunéré semble être l'une des mesures évidentes et fondamentales à mettre en oeuvre pour faire renaître la satisfaction des infirmières et, surtout, contribuer à la santé de leurs patients.

Mais les infirmières ont besoin de plus que de financement; elles ont besoin de s'éloigner de leur lieu de travail afin de perfectionner leurs connaissances et leurs compétences, et

La productivité en connaissances et en service exige la mise en oeuvre de l'acquisition continue du savoir au sein du milieu de travail et de l'organisation. L'acquisition du savoir doit être continue, car elle change constamment.

Drucker, 1993, p. 92



elles ont besoin qu'on les remplace pendant ces absences, de façon à ce que leurs tâches quotidiennes ne constituent pas une surcharge de travail pour le reste de leur équipe. Les fabricants d'automobiles ne peuvent maintenir efficacement leurs lignes de montage lorsque des travailleurs s'en vont, et les épiceries ne peuvent fonctionner sans leurs caissières. Le produit de l'entreprise en souffre immédiatement, et, dans le cas des soins infirmiers, le produit, ce sont les soins prodigués à des êtres humains. Les répercussions du fait d'avoir un nombre insuffisant d'infirmières au sein d'une équipe sont immédiates et extrêmement graves : elles ne diffèrent pas de celles que subissent les autres entreprises, mais leurs conséquences sont beaucoup plus graves.

Le thème de la formation revient aussi très fréquemment dans les études menées auprès des infirmières, qui manifestent leur préoccupation quant à l'accès à des programmes en soins infirmiers de premier et de deuxième cycle, ainsi que du coût de ces programmes. La réduction des places disponibles au sein des programmes de formation en sciences infirmières depuis les compressions budgétaires des années 1990 a créé une compétition marquée au sein des étudiantes, et dans la réalité, un grand nombre de candidates qualifiées est recalé chaque année. Celles qui sont acceptées et qui terminent leurs études sortent souvent de l'école lourdement endettées et avec peu de chances d'obtenir un emploi à temps plein. On comprend donc les difficultés auxquelles les infirmières sont confrontées lorsqu'elles veulent s'inscrire à un programme de maîtrise ou de doctorat, et que pour ce faire, elles doivent quitter leur emploi et souvent même leur foyer. Elles ont un prix énorme à payer tant sur le plan personnel que financier. Toutes ces réalités semblent totalement insensées au public, aux infirmières et aux étudiantes dans le contexte d'une pénurie d'infirmières et d'un manque éminent d'infirmières enseignantes. L'aspect positif de cette situation est que, si les dirigeants se montraient désireux de modifier les politiques canadiennes en matière de soins infirmiers, on pourrait résoudre chacun de ces problèmes. Pour cela, nous devons adopter une autre vision et modifier nos opinions en ce qui a trait aux niveaux d'admission, aux pratiques avancées et au perfectionnement professionnel en soins infirmiers.

Violence et mauvais traitements. Le problème de la violence verbale, physique, émotionnelle et sexuelle sur les lieux de travail n'est ni nouveau dans le secteur des soins infirmiers ni particulier au Canada. Aux États-Unis, les travailleurs en soins de santé sont agressés plus souvent sur les lieux de travail que tout autre groupe d'employés, y compris les policiers (Occupational Safety and Health Administration, 1998), et les infirmières risquent d'être agressées au travail plus souvent que les gardiens de prison ou les agents de police (Kingma, 2001). Le Conseil international des infirmières affirme que 72 p. 100 des infirmières ne se sentent pas en sécurité dans leur lieu de travail, et que près de 95 p. 100 d'entre elles ont été agressées au travail.

La majorité des actes de violence contre les infirmières qui ont été signalés survenait lors d'une interaction avec certains patients et leurs familles, mais



aussi avec des médecins, des gestionnaires et d'autres collègues. Dans une étude menée par Fernandez et ses collègues dans un service d'urgence à Vancouver (1999), 68 p. 100 des employées ont indiqué que la fréquence de la violence avait augmenté avec le temps, et 60 p. 100 d'entre elles ont affirmé que la gravité de tels actes était à la hausse. Plus de la moitié (57%) des employées avait été agressée physiquement, et 77 p. 100 d'entre elles avaient peur des patients après avoir été victimes de violence. Dans le cadre d'un débat sur les conditions de travail, il est important de tenir compte du résultat des enquêtes indiquant que 26 p. 100 des employées avaient pris des journées de congé en raison de la violence subie, et que trois quarts d'entre elles pensaient que la violence avait miné leur satisfaction au travail.

Les résultats d'une étude menée plus récemment au Canada auprès de 43 000 infirmières provenant de cinq pays (Aiken et coll., 2001) indiquent que les infirmières canadiennes font état de taux élevés de mauvais traitements sur le plan émotionnel, sont menacées d'agression et font effectivement l'objet d'actes de violence physique. Ainsi, les données sur les mauvais traitements recueillies en Alberta et en Colombie-Britannique montrent que 40 p. 100 des répondantes de l'Alberta avaient subi au moins un type de violence émotionnelle au cours de leurs cinq derniers quarts de travail. Malgré tous les efforts déployés pour éliminer la violence et punir les contrevenants, les chiffres n'ont que très peu changé au cours de cette dernière décennie. Dans une étude menée auprès de 603 infirmières canadiennes en 1994, Graydon et ses

collègues ont indiqué que 33 p. 100 des infirmières avaient subi de la violence au cours de leurs cinq dernières journées de travail; la plus grande partie de cette violence était verbale et provenait de patients. Dans le cadre de l'étude menée dans cinq pays, plus de 60 p. 100 des infirmières s'entendaient pour dire que leurs employeurs avaient adopté des mesures visant à réduire cette violence. Et, pourtant les taux de violence restent à peu près les mêmes que ceux relevés par Graydon et al. presque une décennie plus tôt.

Les infirmières
risquent plus de
se faire attaquer
au travail que
les gardiens de
prison ou les
agents de police

Kingma, 2001

La quête de respect. Alors qu'il était ministre fédéral de la Santé, Allan Rock a reconnu que la restructuration des soins de santé n'avait touché aucun autre groupe autant que celui des infirmières canadiennes. Il a rappelé le rôle joué par ces

dernières dès les premiers temps du Canada : durant plus de 350 ans, depuis que Jeanne Mance a mis le pied dans notre pays, les infirmières ont pris soin de la population. Maintenant, plus que jamais, il est temps que notre nation démontre aux infirmières qu'il apprécie leur profession (AIIIC, 1998).

Il est vrai que les infirmières canadiennes ont beaucoup contribué au niveau élevé de santé que nous envient la plupart des autres pays. Et pourtant, il est très curieux de constater que, peut-être en raison de l'effet cumulatif de tous les facteurs présentés dans ce rapport, ces mêmes infirmières ont le sentiment qu'on ne leur témoigne que très peu de respect au sein du système. Bien



souvent, on ne leur demande pas leur opinion et, si elles s'expriment, on les ignore (Baumann et coll., 2001). Dans le passé, au sein de la direction, le point de vue des infirmières était transmis par les infirmières chefs, mais un bon nombre d'entre elles a disparu depuis les compressions budgétaires et la restructuration organisationnelle. Les infirmières se plaignent de ce que les employeurs du secteur des soins de santé se préoccupent toujours davantage du budget que des soins aux patients.

On n'est donc pas surpris de constater, au Canada et dans les autres pays du monde occidental qui apportent des changements similaires à leur système, un niveau troublant d'insatisfaction. Dans le cadre de l'étude menée par Aiken et ses collègues, un tiers de toutes les infirmières canadiennes s'est dit insatisfait de exprimé son insatisfaction au travail, tandis qu'à peine un autre tiers pensait qu'il y avait un nombre suffisant d'infirmières pour prodiguer des soins de grande qualité à leurs patients (2001).

Il n'est pas difficile de persuader les Canadiens de la nécessité de prêter attention aux infirmières. Celles-ci sont l'aspect du système que tout le monde connaît et, dans presque toutes les études menées auprès du public, les infirmières sont les professionnelles auxquelles on fait le plus confiance. La nature même des soins infirmiers est de réconforter avec sérénité et compétence, ce qui contribue à la guérison des patients, des clients et de leur famille. Et la population le sait. Mais, malgré cette contribution, il a semblé au cours des dernières années que les infirmières aient été traitées comme si elles avaient une importance secondaire au sein du système, à défaut de lui nuire. On en a réduit le nombre, et celles qui ont survécu aux duretés des compressions budgétaires doivent souvent exécuter la totalité des tâches qu'elles et leurs collègues qui sont parties effectuaient autrefois ensemble.

Mandatées par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (Viewpoints Research, 2002), les consultations menées auprès des infirmières à la grandeur du Canada indiquent que la grande majorité d'entre elles se dévoue entièrement à sa profession. Mais, parallèlement à ce dévouement, une profonde déception se fait sentir au sein de l'ensemble du personnel infirmier canadien. Ce sentiment découle de la perception qu'elles ont d'elles-mêmes et de celle qu'elles croient que les autres ont. À la source de ce désenchantement, il y a ce qu'elles appellent un manque de respect, sur le plan tant personnel que professionnel, mais, en fin de compte, ces deux plans se rejoignent, puisque chacune se sent sous-utilisée et peu appréciée.

Cette déception s'est manifestée au sein de tous les groupes de discussion réunis à la grandeur du Canada. Elle visait les médecins qui maltraitent les infirmières et ne portent nullement attention à ce qu'elles pensent, les administrateurs qui contrôlent la vie des infirmières, mais en savent très peu en ce qui a trait aux soins aux patients, les gestionnaires financiers qui réduisent les budgets au détriment des soins aux patients, les patients qui se montrent violents à l'égard des infirmières, les familles des patients qui agressent, et



même les autres infirmières qui démontrent une aigreur similaire. À la fin de ces discussions en groupe, on demandait aux infirmières participantes ce qu'il faudrait faire pour leur témoigner plus de respect. Le plus souvent, elles répondaient simplement que les médecins et les administrateurs devraient les consulter et suivre leurs recommandations quant aux soins aux patients ainsi qu'aux changements opérationnels et structurels qu'ils envisagent d'effectuer dans les lieux de travail (Viewpoints Research, 2002, p.24). Le système de soins de santé canadien n'a pas à se glorifier de ce que le souhait le plus fervent de ses infirmières est d'être prises au sérieux.

Perspective globale

Pour le milieu des soins infirmiers, il n'est pas très réconfortant d'observer que ses problèmes se manifestent au sein d'autres professions et industries au Canada et, en fait, dans à la grandeur du monde occidental. Depuis environ un quart de siècle, les administrateurs ont eu en permanence la conviction qu'il était possible d'accomplir une grande partie du travail ou même plus avec un nombre d'employés moindre qu'auparavant. Dans les entreprises commerciales et aussi dans les établissements publics, cette pensée a donné lieu à un dur combat pour assurer sa survie. Les coûts ont dû être réduits, et la réduction la plus marquée a porté d'abord sur les salaires.

Les défis que doivent relever les infirmières canadiennes ne se sont pas particuliers au Canada. Plusieurs études menées à l'échelle internationale ont confirmé qu'un grand nombre de ces problèmes était universel (Aiken et coll., 2001, Baumann et coll., 2001, Duffield et O'Brien-Pallas, 2002) et que, malgré les différences culturelles, géographiques et d'ordre économique, les problèmes auxquels les infirmières sont confrontées se ressemblent étrangement. Dans la plupart des pays, les infirmières font état de symptômes de détresse similaires, tout comme les autres professionnels des soins de santé. Les résultats d'une étude récente menée auprès de plus de 43 000 infirmières dans plus de 700 hôpitaux de cinq pays, soit le Canada, les États-Unis, l'Angleterre, l'Écosse et l'Allemagne, indiquent que les problèmes se situent dans la conception fondamentale du travail des infirmières. (Aiken et coll., 2001). Dans chacun de ces pays, sauf en Allemagne, au moins un tiers des infirmières qui ont répondu s'est dit insatisfait de son travail, les moins satisfaites étant les Américaines. Il serait bon de rappeler ce fait dans le cadre des débats portant sur la menace de l'exil des infirmières canadiennes aux États-Unis.

Le rapport de l'étude menée dans ces cinq pays souligne très particulièrement le faible pourcentage de jeunes infirmières travaillant au Canada; on y suggère que cette situation découle directement de la réduction des effectifs survenue dans la foulée des compressions budgétaires appliquées à travers le pays. Autrement dit, les nouvelles diplômées sont incapables de se trouver un travail dans les hôpitaux; et, à cause des droits d'ancienneté négociés par les



syndicats d'infirmières, une proportion élevée d'infirmières relativement nouvelles a perdu son emploi lors de la réduction des effectifs qui s'est produite dans les hôpitaux en raison des coupures budgétaires.

Et pourtant, dans ces cinq pays, un tiers seulement des infirmières ayant fait l'objet de l'étude a dit qu'il y avait assez d'infirmières pour offrir des soins de haute qualité et accomplir les tâches essentielles. Bien qu'une proportion légèrement plus élevée d'entre elles pensait que les services de soutien étaient appropriés, moins de la moitié des infirmières de ces cinq pays était d'avis que les administrateurs des hôpitaux étaient sensibles à leurs préoccupations. On a néanmoins constaté une chose importante : au Canada, l'insatisfaction des infirmières au travail ne semblait pas porter sur la rémunération; 69 p. 100 d'entre elles ont dit que leur salaire était convenable. Tous les résultats des recherches n'appuient pas cette conclusion. Lorsqu'on a demandé récemment aux infirmières participant aux groupes de discussion ce qui améliorerait leur désir d'être respectées, la rémunération a figuré parmi les trois réponses principales (Viewpoints Research, 2002).

L'organisation du travail des infirmières a également été perçue comme un problème. Celles-ci doivent exécuter des tâches qui ne relèvent pas de leurs compétences professionnelles et, par conséquent, elles n'ont pas le temps d'accomplir certaines activités de soins infirmiers qui sont fondamentales au sein de leur profession. Ainsi, certaines passent plus de temps à apporter et à enlever les plateaux de repas, et à accomplir d'autres tâches de nettoyage, qu'elles n'en consacrent à l'hygiène bucco-dentaire, aux soins de la peau ou à prodiguer des conseils aux patients.

Les résultats de l'étude menée dans cinq pays se sont avérés très peu encourageants. La pénurie actuelle d'infirmières dans les hôpitaux des pays occidentaux s'aggravera à long terme, les infirmières se sentiront davantage insatisfaites au travail, un plus grand nombre d'entre elles quittera la profession, et la main-d'œuvre vieillissante ainsi que les jeunes infirmières seront toujours plus désireuses de quitter leur emploi en milieu hospitalier (Aiken et coll., 2001).

Comme les résultats de nombreuses études l'ont démontré, l'insatisfaction au travail cause des problèmes bien plus graves qu'une simple insatisfaction personnelle. Cette situation se traduit dans l'immédiat par un roulement du personnel qui, à son tour, réduit l'harmonie et augmente les conflits entre celles qui conservent leur poste, en troublant les rapports de travail et en nuisant à l'esprit d'équipe et au moral du personnel. Le roulement du personnel engendre également une perte de compétences et de productivité, et coûte le temps de travail que les infirmières d'expérience consacrent à aider les nouvelles à s'adapter; lorsque celles qui s'en vont ne sont pas immédiatement remplacées, le fardeau de leur travail incombe à celles qui restent.



Selon le rapport d'étape sur l'état du système des soins de santé au Canada présenté par le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, les dix années de réduction des effectifs du système canadien de soins de santé ont eu pour seul résultat d'empirer la situation des infirmières en provoquant le mécontentement des patients, des charges de travail énormes pour les infirmières, la perte de la loyauté à l'égard des organisations hospitalières et l'érosion du moral chez tous les travailleurs de la santé (2002a, p. 116). Ces problèmes se manifestent peut-être partout sur la planète, mais la recherche de solutions devra d'abord être entreprise ici même.

Au-delà des infirmières : patients, résidants, clients, familles et autres membres de l'équipe

Les problèmes touchant le personnel infirmier ne s'arrêtent pas aux seuls soins aux patients. Leur gravité devient encore plus manifeste si nous examinons les répercussions inévitables qu'ils ont sur les patients dont prennent soin les infirmières. Les résultats d'une décennie de recherche indiquent une corrélation directe entre le rapport infirmières-patients et l'état de santé des patients (Doran, McGillis Hall, Sidani, et coll., 2001; McGillis Hall, Irvine Doran, Baker, et coll., 2001; Needleman, Buerhaus, Mattke, et coll., 2002; O'Brien-Pallas, Irvine Doran, Murray et coll., 2002; O'Brien-Pallas, Irvine Doran, Murray et coll., 2001; Prescott, 1993; Tourangeau, Giovannetti, Tu et Wood, 2002).

On observe une corrélation directe entre le rapport infirmières-patients et les résultats pour ce qui est de la santé de ces patients

Au niveau le plus fondamental, la compétence collective des infirmiers et les taux de dotation constituent d'importantes variables explicatives de la mortalité (Aiken, Sloane et Sochalski, 1998; Aiken, Smith et Lake, 1994; Prescott, 1993). D'une manière plus générale, un examen des études réalisées par Aiken et d'autres chercheurs et publié dans *California Nurse* (1999) conclut qu'un meilleur rapport infirmières-patients est directement lié à la satisfaction des patients et à leur qualité de vie à leur sortie de l'hôpital, à leurs connaissances et leur observance des traitements et qu'ils subissent moins de complications pendant leur séjour à l'hôpital [...] à des coûts réduits et à un séjour plus bref et plus sécuritaire à l'hôpital (p.7). Needleman et coll. (2002) ont aussi démontré que les patients qui bénéficiaient de plus d'heures de soins par jour de la part d'infirmières autorisées, ainsi qu'un plus grand nombre absolu d'heures de soins par jour de la part d'infirmières autorisées, restaient moins longtemps à l'hôpital, et l'on observait chez eux un taux moins élevé d'infections des voies urinaires et de saignements gastro-intestinaux supérieurs, de pneumonie, de chocs cardiogènes ou d'arrêts cardiaques et d'« impossibilités de survie » (ou *failure to rescue*) définis comme des décès dus à une pneumonie, un choc ou un arrêt cardiaque, des saignements gastrointestinaux supérieurs, sepsis, ou une thrombose veineuse profonde).



En 2001, McGillis Hall et coll. ont remarqué que la compétence collective constituait une variable explicative importante de l'état de santé et de qualité de vie des patients; que, lorsque le personnel se composait d'un plus grand nombre d'infirmières autorisées et [d'infirmières auxiliaires autorisées], les patients étaient plus satisfaits et en meilleure santé; et que l'on observait des taux moins élevés d'erreurs de médication et d'infection des blessures (p. iv). Ces conclusions ne portent sur la question connexe des répercussions de l'obligation qu'ont les infirmières autorisées de travailler avec un plus grand nombre de travailleurs non réglementés et de devoir les superviser (comme des préposés aux soins, des aides du service aux patients). Mais mis, ensemble, les résultats de ces études constituent un ensemble impressionnant de preuves voulant que, plus on dispose d'infirmières, et d'infirmières satisfaites, plus leurs patients seront satisfaits et en bonne santé. Cette préoccupation est au cœur même du système des soins de santé.

Heureusement, la réaction à la chaîne que l'on déclenche en améliorant les milieux de travail des infirmières semble touche également les autres professionnels de la santé. L'American Nurses Association (ANA) fait remarquer que les résultats de la recherche prouvent, de façon pleinement documentée, que les infirmières de grande qualité constituent l'un des atouts les plus importants pour attirer des médecins de grande qualité, et que le fait d'être reconnues par un programme d'accréditation spécialisé (Magnet Accreditation Program) donne aux infirmières des «ondes positives» qui, par delà le service des soins infirmiers, s'étend à toute l'équipe de soins de santé (2002).

Tous ces travaux indiquent clairement non pas le besoin de réparer *les soins infirmiers*, mais plutôt de renouveler et réparer *les milieux de travail des infirmières*. Les résultats de la recherche confirment de plus en plus que de tels changements rendront beaucoup plus efficaces le recrutement et le maintien des meilleures infirmières et autres professionnels de la santé. En outre, les patients seront en meilleure santé et plus satisfaits.

L'une des principales caractéristiques de ce Magnet Accreditation Program est un milieu de pratique professionnelle fondé sur la collaboration des travailleurs entre eux (American Nurses Association 2002). Ce programme américain est loin d'être le seul à confirmer que les rapports entre travailleurs sont essentiels à la qualité du milieu de travail. Lowe et Schellenberg affirment que, même en dehors du secteur des soins de santé, un milieu de travail sain et réceptif est essentiel à l'établissement de rapports de travail solide, ce qui comprend les aspects physique, social et psychologique du milieu de travail. Les employés qui entretiennent des rapports positifs entre eux tendent à s'appuyer et à s'entraider, à aimer leur travail, à juger leur milieu de travail comme étant sain et sécuritaire, n'ont pas de peine à équilibrer leur vie professionnelle et leur vie familiale, et ont des exigences raisonnables envers leurs employeurs (2001, p. xiii). Un document d'orientation publié plus tard au Canada et qui présente des recommandations pour la création de milieux de travail de grande qualité



(Koehoorn, Lowe, Rondeau et al., 2001), relève quatre ensembles de facteurs qui interagissent de façon à faire en sorte ou à empêcher que les employés, les organismes et les patients obtiennent des résultats positifs, l'un étant les rapports entre employés. Les auteurs utilisent ce terme pour caractériser les questions touchant la confiance, l'engagement et la communication (p. vi).

Il ressort de tous ces travaux le besoin non pas de réparer les soins infirmiers, mais de renouveler et réparer l'environnement dans lequel les infirmières exercent leur profession. Toutes ces preuves s'additionnent, confirmant que de tels changements facilitent grandement le recrutement et la rétention des meilleures infirmières. En outre, les patients seront en meilleure santé et plus satisfaits. Ces changements permettront aussi d'attirer et de retenir d'autres professionnels de la santé désireux de travailler dans des centres reconnus pour l'excellence des soins qui y sont prodigués et pour être des employeurs de choix.



SOLUTIONS : AMÉLIORER LA QUALITÉ DE LA VIE PROFESSIONNELLE DES INFIRMIÈRES CANADIENNES

Leçons tirées : Quelles conditions de travail favorisent la rétention des infirmières, minimisent le roulement du personnel et accroissent la satisfaction au travail?..... Page 32

Travaux en cours au Canada Page 34

À consulter..... Page 36

SOLUTIONS



Leçons tirées : Quelles conditions de travail favorisent la rétention des infirmières, minimisent le roulement du personnel et accroissent la satisfaction au travail?

Depuis 20 ans maintenant, on étudie de façon intensive et répétée les facteurs qui influent sur la satisfaction professionnelle des infirmières, et le maintien de leur effectif. De la même manière que l'on comprend toujours mieux les facteurs qui contribuent à la crise actuelle qui secoue le milieu des soins infirmiers, on peut dire qu'on connaît depuis bien des années un grand nombre de solutions. La variable la plus importante, selon nous, est la volonté politique, manifestée à tous les niveaux, de mettre en œuvre les changements et les stratégies que nous croyons essentiels à la création de milieux de travail de grande qualité.

Après avoir examiné les résultats de 23 études sur la main-d'œuvre infirmière au Canada, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne des soins de santé ont produit, en 1990, un rapport mixte où elles ont conclu que l'insatisfaction des infirmières augmente manifestement depuis dix ans et qu'on porte très peu attention à leurs préoccupations. Ce rapport à lui seul présente 600 recommandations permettant de régler ces problèmes.

Il y a dix ans, Irvine et Evans ont mené une métaanalyse de 70 études en vue de déterminer les facteurs contribuant à l'amélioration de la satisfaction professionnelle et de la rétention des infirmières. Les auteurs associent surtout ces facteurs à l'autonomie, au stress, au leadership des infirmières chefs, à la relation avec les superviseurs, au conflit de rôle, à la rétroaction fournie, aux occasions d'avancement, à la rémunération, à l'âge des infirmières, à l'ancienneté professionnelle et à la surcharge de travail (1992). Un an plus tard, Blegen a produit une analyse (1993) de 48 études menées auprès de 15 000 infirmières, et ces résultats ont aussi indiqué que leur satisfaction professionnelle était surtout liée aux niveaux de stress, à leur participation au sein de l'organisation, à la communication avec les superviseurs ainsi qu'à leur degré d'autonomie, à la reconnaissance qu'elles recevaient, à l'uniformisation des tâches, à l'équité, à la source de détermination, à l'âge et aux années d'expérience.

En 1994, O'Brien-Pallas, Baumann et Villeneuve ont décrit les facteurs contribuant à la satisfaction des infirmières au travail, et ont ajouté des concepts qui, très clairement, constitueraient encore aujourd'hui la base de recommandations à présenter :

- les infirmières sont généralement plus heureuses lorsque leurs traits de personnalité et leurs compétences correspondent aux besoins de leur travail et à leur domaine de pratique clinique;



- les infirmières ont besoin de rétroaction, de félicitations et d'occasions d'apprentissage à toutes les étapes de leur carrière;
- un grand nombre de problèmes de la vie professionnelle des infirmières est éliminé lorsqu'on leur fournit l'équipement et le mobilier de base dont elles ont besoin pour accomplir leur travail;
- les infirmières attribuent une grande valeur aux soins infirmiers directs et déplorent l'omniprésence des tâches non liées aux soins infirmiers;
- les infirmières accordent une grande valeur aux soins infirmiers directs, mais continuent à éprouver du stress lorsqu'elles doivent traiter des patients mourants et être confrontées à la mort ainsi que satisfaire aux besoins émotionnels des patients et de leurs familles;
- on a atteint un consensus sur les facteurs qui contribuent le plus à la satisfaction au travail dans toutes les fonctions et tous les milieux : l'autonomie, le niveau de stress, le leadership et la communication avec l'infirmière chef, le conflit de rôle, la rétroaction et la reconnaissance, les possibilités d'avancement, la rémunération et l'uniformisation des tâches;
- l'excellence de la pratique clinique doit être récompensée de manière officielle si les établissements souhaitent conserver les infirmières cliniciennes d'expérience ou avec plusieurs années d'ancienneté à des fonctions de pratique directe.

Les auteurs ont remarqué que, selon les résultats d'études par échantillon de travail, le personnel hospitalier le moins compétent passe souvent le plus de temps à prodiguer des soins infirmiers directs. Ils suggèrent en outre que l'utilisation des travailleurs les mieux rémunérés et les mieux formés dans une équipe de soins de santé, à savoir les infirmières de soins généraux, pour accomplir des tâches générales qui pourraient être effectués par des travailleurs moins compétents par ordinateur, par téléphone ou par télécopieur, pourraient avoir des répercussions dévastatrices sur la satisfaction au travail (1994, p. 403). Huit ans plus tard, nous vivons exactement le même problème.

Selon les résultats d'une étude provinciale menée en 1995 auprès de 300 infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario, les principales préoccupations d'ordre professionnel étaient la sécurité d'emploi, la charge de travail, le manque d'effectifs, la sécurité personnelle et la qualité des soins (Villeneuve et coll., 1995). Les auteurs ajoutent que la surcharge croissante de travail et le manque de personnel pour dispenser les soins de base risquaient de créer des relations de travail destructives, d'éroder la satisfaction personnelle et, en fin de compte, de réduire la qualité des soins aux patients.

De grande ou de moindre ampleur, toutes les études réalisées vont dans le même sens, et leurs conclusions et leurs recommandations s'ajoutent les unes aux autres, accumulant des témoignages qui sont presque invariablement les mêmes. Intitulé *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace*



for Nurses, their Patients and the System (Baumann et coll., 2001), l'examen le plus récent de ces questions qui a été mené à l'échelle nationale et qui propose une synthèse des politiques en matière de soins infirmiers) confirme à nouveau les types de facteurs qui provoquent l'insatisfaction des infirmières et le roulement du personnel dans ce secteur. Il présente aux gouvernements, aux employeurs, aux syndicats, aux éducateurs et aux associations professionnelles, un vaste éventail de recommandations en matière de politiques en vue d'améliorer la vie professionnelle des infirmières canadiennes. Les résultats des six études commandées aux fins du présent rapport du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers appuient ces conclusions.

Nous avons donc une compréhension très claire de ces problèmes et connaissons plusieurs des solutions à y apporter. Le défi que nous devons tous relever maintenant consiste à conserver notre élan et alimenter la volonté politique d'apporter des changements et d'assurer leur mise en œuvre jusqu'au bout.

Travaux en cours au Canada

Personne n'a manqué de remarquer les défis que doivent relever les professions en soins infirmiers. Certains gouvernements, employeurs, syndicats et associations professionnelles ont adopté des mesures en vue de compenser la pénurie d'infirmières : injection de fonds pour augmenter le nombre de postes permanents en soins infirmiers, réintégration des infirmières qui avaient délaissé la profession ou s'étaient expatriées.

Au Canada, la plupart des provinces et territoires planifient, quand elles n'en ont pas déjà entrepris la mise en œuvre, des stratégies relatives aux ressources humaines en soins infirmiers qui correspondent aux objectifs principaux de La stratégie pour les soins infirmiers au Canada. La liste suivante n'est nullement exhaustive, mais elle fournit quelques exemples des mesures adoptées :

- augmentation du nombre d'infirmières et d'infirmiers à *temps plein* au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse et en Ontario;
- stratégies visant à réintégrer dans leur profession les infirmières qui ne l'exercent plus en Colombie-Britannique, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard;
- augmentation de plus de 10 p. 100 du nombre de places dans les programmes de formation en soins infirmiers dans la plupart des provinces (O'Brien-Pallas, Meyer, Alksnis, et coll. 2002);
- aide à la réinstallation offerte à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, dans les régions éloignées comme le Labrador et dans les centres de services de santé gérés par Santé Canada;



- discussions et débats en cours sur le cadre des fonctions en Ontario, au Nouveau-Brunswick et au Manitoba ainsi qu'à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada;
- initiatives pour un milieu de travail de qualité et programmes sur la pratique professionnelle en Saskatchewan, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et en Colombie-Britannique;
- programme mis en oeuvre en Colombie-Britannique pour éliminer, à un taux de 20 p. 100 par année, les prêts étudiants des infirmières qui s'engagent à travailler dans des régions éloignées;
- programmes similaires d'alternance travail-études en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard;
- règlements adoptés au Québec sur la création de conseils d'infirmières;
- insistance de l'Ontario sur le fait que chaque hôpital engage une infirmière chef et que, dans les autres établissements, les postes visibles de direction soient occupés par des infirmières;
- stratégies d'amélioration de l'équipement au Manitoba et en Colombie-Britannique;
- augmentation du financement de la formation professionnelle continue, de l'enseignement spécialisé et du perfectionnement professionnel en Alberta, en Colombie-Britannique en Nouvelle-Écosse et au Yukon;
- amélioration de l'exactitude des données sur les infirmières et les soins infirmiers dans plusieurs provinces;

Et, bien sûr, au-delà des soins infirmiers, plusieurs provinces ont entrepris la création d'un certain nombre de commissions importantes et la rédaction de rapports, dont la Saskatchewan, l'Alberta et le Québec; même chose au

niveau fédéral, avec la Commission sénatoriale, et, à l'échelle nationale, avec la Commission Romanow. Ces divers rapports présentent aussi des opinions et des recommandations sur les ressources humaines en soins de santé et les soins infirmiers. Donc, bien que les problèmes existent encore, il faut reconnaître que l'on accorde de l'attention aux travailleurs de

soins de santé et que l'on constate des progrès. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers s'inquiète cependant toujours de ce qu'un bon nombre de stratégies et d'activités bien intentionnées n'ait pas encore eu d'effets sur l'exercice quotidien de la profession d'infirmière au Canada. Une grande partie de ces activités aura des bienfaits à long terme. Mais il reste encore

Mon principe fondamental est le suivant : on ne prend pas une décision parce qu'elle est facile; on ne la prend pas parce qu'elle ne coûte pas cher; on ne la prend pas parce que les gens l'aimeront; on prend une décision parce qu'elle est bonne.

Theodore M. Hesburgh



beaucoup à faire, et il est possible de le faire, si l'on souhaite améliorer dans l'immédiat le travail quotidien des infirmières.

À consulter

La stratégie pour les soins infirmiers au Canada

http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pour_vous/soins_infirmiers/index.htm

British Columbia - Strategic Planning and Nursing Directorate

<http://www.healthplanning.gov.bc.ca/strategic/>

Alberta Health

<http://www.gov.ab.ca/home/health/>

Saskatchewan Health and Social Services - Nursing Publications

http://www.health.gov.sk.ca/info_center_publications_nurse.html

Manitoba Health – Nursing Recruitment & Retention

<http://www.gov.mb.ca/health/nurses/index.html>

Ministère de la Santé et des soins de longue durée de l'Ontario - Progress Report on the Nursing Task Force Strategy

http://www.gov.on.ca/MOH/english/pub/ministry/nurserep01/nurse_rep.html

Québec - Le ministère de la Santé et des Services sociaux

http://www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_fr.html

Nouveau-Brunswick – Santé et Mieux-être – Stratégie en matière de ressources infirmières

<http://www.gnb.ca/0053/fr/infirm/index.htm>

Nova Scotia Health – Update on the Nursing Strategy April 2002

<http://www.gov.ns.ca/finance/budget02/pdfs/backnursingstrategy.pdf>

Prince Edward Island Health and Social Services – Nursing Recruitment and Retention Strategy

<http://www.gov.pe.ca/hss/recruitment/nursing.php3>

Newfoundland and Labrador Health & Community Services – Update on Nursing March 2002

<http://www.gov.nf.ca/releases/2002/health/0321n30.htm>

Nunavut Health and Social Services

<http://www.gov.nu.ca/hss.htm>

Northwest Territories Health & Social Services – Nursing Recruitment

<http://www.hlthss.gov.nt.ca/careers/index.html>

Yukon Territory Health & Social Services - Recruitment

<http://www.hss.gov.yk.ca/recruit/>



RECOMMANDATIONS

Introduction : Recommandations du Comité consultative canadien sur les soins infirmiers..... Page 38

1^{re} Recommandation : Établir des conditions permettant de résoudre les problèmes de gestion de la main-d'œuvre opérationnelle et de maximiser l'utilisation des ressources disponibles Page 40

2^e Recommandation : Créer des milieux de pratique professionnelle qui attirent et retiennent une main-d'œuvre en santé et engagée pour le XXI^e siècle Page 44

3^e Recommandation : Surveiller les activités et diffuser une information permettant afin d'appuyer une main-d'œuvre infirmière réceptive, bien formée et engagée Page 49

RECOMMANDATIONS



Introduction : Recommandations du Comité consultative canadien sur les soins infirmiers

Dans un contexte de conflit et de transformation, le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers s'est attelé à la tâche de présenter des recommandations visant à améliorer les conditions de travail des infirmières canadiennes. Les membres du Comité ont rapidement atteint un consensus quant aux questions essentielles; il leur a été beaucoup plus ardu de proposer des solutions d'ordre pratique.

Bien avant que le Comité ait terminé son travail, nous en avons assez appris pour nous sentir profondément troublés de la condition des infirmières et du secteur des soins infirmiers au Canada. Les faits dont nous avons pris connaissance nous ont convaincus que la meilleure façon d'améliorer la qualité des soins aux patients consistait à améliorer la productivité et la vie professionnelle des infirmières et celles de tous les travailleurs œuvrant au sein du système. Pour ce faire, il faudra allier des stratégies à court et à long terme. Il n'est pas question de maintenir le statu quo : le prix à payer pour l'épuisement émotionnel et l'érosion du moral des infirmières, les taux étonnants d'heures supplémentaires, de maladies et d'absentéisme et, surtout, les répercussions négatives que les patients risquent de subir est déjà beaucoup trop élevé.

Les membres du Comité ont examiné minutieusement le vaste éventail de données que les auteurs d'études sur la vie professionnelle avaient déjà publiées, ainsi que les résultats des six nouveaux projets commandés aux fins du présent rapport. Le Comité a tenu de vastes consultations avec des chercheurs, des intervenants, des collègues et d'autres experts. Il est évident que les infirmières doivent relever des défis qui sont complexes, historiques et

globaux. Il ne convenait donc pas de soumettre la totalité de ces recommandations aux seuls gouvernements. De la même façon de nombreuses entités sont appelées à relever ces défis, les solutions novatrices devront venir des gouvernements, des employeurs, des organismes professionnels et de réglementation, des syndicats, des éducateurs, des chercheurs et des infirmières de première ligne elles-mêmes. Les recommandations qui suivent visent à susciter ce type de réflexion, à appuyer le travail en cours et à proposer des solutions. Elles correspondent aux recommandations de principe qui sous-tendent plusieurs des stratégies qui favorisent la création d'un environnement de travail sain que Wagner et ses collègues ont déterminées dans le cadre des recherches ayant servi au présent rapport (2002).

Tout comme ils échangent leurs idées sur les défis, les gouvernements, les employeurs, les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les syndicats, les enseignants, les chercheurs et les infirmières de première ligne elles-mêmes devront élaborer des solutions créatives. Les recommandations qui suivent devraient alimenter leurs réflexions, appuyer le travail déjà en cours et offrir de nouvelles solutions.



Pendant toute l'année, les membres du Comité ont centré leurs discussions et leurs débats sur les enjeux majeurs que sont la charge de travail, les milieux de travail, la planification des ressources humaines et les données s'y rapportant, la formation et l'éducation, les milieux de la pratique professionnelle et le leadership. La totalité de ces questions relève directement le mandat principal du Comité, à savoir présenter des recommandations visant à améliorer la vie professionnelle des infirmières canadiennes. Mais, comme le Comité le fait remarquer dans son rapport d'étape de novembre 2001, on peut probablement résumer les enjeux essentiels de façon plus succincte :

Notre plus grand défi est de mobiliser l'énergie, conserver l'élan et alimenter la volonté politique nécessaires si l'on veut apporter les changements dans trois principaux domaines :

- augmenter le nombre d'infirmières;
- améliorer la formation et maximiser le cadre des fonctions des infirmières;
- améliorer les conditions de travail des infirmières, en plus de la dotation de postes, réduire la charge de travail et éliminer la multiplication des rôles.

Le Comité a donc formulé ses recommandations en se fondant sur ces thèmes récurrents. Comme nous l'avons fait remarquer plus tôt, il est réconfortant de constater qu'une grande partie de ce travail est déjà en cours. Les membres du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers tiennent à inciter les dirigeants à la grandeur du Canada à profiter de cette lancée et des excellentes initiatives entreprises aux niveaux national, provincial et territorial, régional et organisationnel.

Un nombre infime de ces solutions seront simples et applicables à court terme, et, pour obtenir des résultats positifs et élaborer une planification à long terme, nous recommandons que tous les gouvernements envisagent de procéder à des investissements à long terme dans le système et cessent d'établir des budgets annuels. Selon nous, certaines des solutions peuvent être mises en œuvre avec les fonds déjà existants, mais nous souhaitons établir clairement qu'il faudra réinvestir dans le système. Tous les membres du Comité conviennent que le fait d'investir dès aujourd'hui permettra de créer un système et une main-d'œuvre durables et abordables à long terme.



1^{re} Recommandation : Établir des conditions permettant de résoudre les problèmes de gestion de la main-d'œuvre opérationnelle et de maximiser l'utilisation des ressources disponibles

L'ensemble des activités visant la qualité des milieux de travail des infirmières doit être fondé sur le concept des pratiques exemplaires. Nous disposons déjà dans tout le pays d'excellents exemples de stratégies et de recommandations innovatrices, autant dans le milieu des soins de santé qu'à l'extérieur; le catalogue des stratégies innovatrices pour les lieux de travail (Wagner et coll., 2002) joint à ce rapport en contient de nombreux exemples.

Nous sommes convaincus d'avoir présenté amplement de preuves que la charge de travail, les heures supplémentaires et l'absentéisme sont inextricablement liés entre eux ainsi qu'à santé des patients. Les infirmières continuent d'être déchirées entre le respect des codes de déontologie et des normes de pratique qui, pour elles, correspondent à l'excellence clinique, et les réalités du milieu de travail qui les empêchent trop souvent de les appliquer. Les employeurs, les gouvernements, les syndicats et les infirmières doivent collaborer afin de promouvoir des milieux de pratique professionnelle qui permettent aux infirmières de suivre les normes et les pratiques établies afin de prodiguer les meilleurs soins possibles à leurs patients. Nous exhortons tous les employeurs à consacrer le temps qu'il faudra pour examiner tout le processus et définir les caractéristiques d'un milieu de travail de qualité afin de pouvoir concevoir des systèmes et apporter des changements dans tous ces domaines. Enfin, comme Thomson et ses collègues le font remarquer : il faudra orienter les ressources provinciales et fédérales vers l'élaboration de stratégies précises et pratiques visant à mesurer la charge de travail et à en faire rapport (2002, p. 25).

Charge de travail

1. Les employeurs devraient collaborer avec les administrateurs et les infirmières de première ligne pour évaluer et décrire les charges de travail existantes et les comparer avec les modèles actuels de dotation et la demande des patients et des clients, et cela, avant octobre 2002. Dans chaque milieu de travail, il convient de comparer la demande à l'offre d'infirmières, puis de comparer ces données à celles obtenues en mesurant la charge de travail lorsqu'elles existent. Là où il n'y a pas de systèmes de mesure de la charge de travail, il faudrait en mettre sur pied avant juin 2003.
2. Les employeurs devraient être prêts à soumettre aux gouvernements, avant janvier 2003, un rapport sur leur dotation actuelle, leurs taux d'absentéisme et d'heures supplémentaires et les besoins réels en soins



infirmiers par rapport à l'acuité et à l'intensité des soins actifs aux patients, et à la complexité du milieu.

Cette activité a pour but d'établir une comparaison entre les organismes et, en fin de compte, de réduire le rythme et l'intensité du travail pour ainsi améliorer la qualité des soins. Il faut pour cela comprendre aussi bien que possible la charge de travail actuelle, puis collaborer avec les gouvernements et les employeurs afin d'établir des conditions qui favoriseront des charges de travail appropriées.

3. Les taux infirmières-patients devraient être suffisants pour satisfaire aux besoins des patients et de leurs familles, et correspondre à la complexité des soins actifs aux patients et aux clients, au roulement des patients ainsi qu'aux qualifications et au soutien offert au personnel infirmier, avant juin 2003.
4. En ce qui concerne l'emplacement et la disponibilité des appareils en fonction, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient financer une étude menée dans tout le pays sur l'état de l'équipement de chaque employeur par rapport aux besoins, puis accorder le financement voulu pour combler les lacunes. Ce projet devrait se terminer avant janvier 2003 et disposer d'un financement unique.

Soulignons que Baumann et Underwood ont présenté diverses stratégies visant à régler les problèmes liés à la charge de travail dans le cadre de la recherche qu'ils ont menée pour le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (2002). De plus, Wagner et ses collègues ont produit un catalogue de stratégies visant à créer des milieux de travail sains, ainsi qu'à résoudre les problèmes liés, entre autres, à la charge de travail, dans le rapport qu'ils ont produit pour le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (2002).

Heures supplémentaires, absentéisme et états de service : augmenter le nombre d'heures de soins infirmiers disponibles

Maximiser les heures de travail des infirmières actuelles

5. Les gouvernements, les employeurs et les syndicats devraient collaborer afin d'augmenter la proportion des infirmières qui travaillent à temps plein à au moins 70 p. 100 de la main-d'œuvre de tous les milieux de soins de santé avant avril 2004, et parvenir à une hausse d'au moins 10 p. 100 avant janvier 2003.
6. All employers should implement targeted programs by April 2003 that will examine the reasons for absenteeism and strive to reduce absenteeism to the equivalent of the national average for full-time workers by April 2004.



7. Lorsque les infirmières font des heures supplémentaires, les employeurs doivent collaborer avec leurs administrateurs et leur personnel de première ligne afin de minimiser et, si possible, d'éliminer les heures supplémentaires avant janvier 2003.
8. S'il y a lieu, les employeurs devraient envisager un léger gonflement des effectifs, afin de prévoir les absences; il a été prouvé que cette stratégie permettait de mieux réduire les frais généraux que les méthodes traditionnelles de dotation.
9. Les employeurs et les syndicats doivent élaborer et mettre en œuvre des méthodes de dotation d'urgence.

Rétention des travailleuses plus âgées

10. Les gouvernements et les organismes employeurs doivent collaborer avec les infirmières chefs et les syndicats afin d'offrir des programmes de retraite progressive aux infirmières plus âgées, pour leur permettre d'accomplir certaines tâches sans rien perdre de leurs avantages sociaux et de leur pension de retraite, avant janvier 2004.
11. Les employeurs doivent collaborer avec les infirmières et les syndicats afin d'offrir un assistance-travail (p. ex., encadrement, mentorat, enseignement), de l'équipement (p. ex., monte-charges électriques) et des ressources humaines (p. ex., porteurs) qui répondent aux exigences des travailleuses plus âgées et leur permettent de faire partie plus longtemps de la population active, avant janvier 2003.

Établissement d'horaires innovateurs et adapté aux besoins des infirmières

12. Les employeurs et les syndicats devraient collaborer afin d'établir des horaires, des heures de travail et des arrangements de partage du travail innovateurs, afin d'offrir de la souplesse à chaque infirmière et de satisfaire les besoins du reste du personnel infirmier de leur lieu de travail et de respecter le droit qu'ont les infirmières de se reposer, avant avril 2004.
13. Les gouvernements, les employeurs, les syndicats et les organismes de réglementation doivent s'entendre pour éliminer immédiatement les heures supplémentaires obligatoires.
14. Les employeurs et les syndicats devraient examiner et modifier les pratiques qui empêchent de combler à temps les postes vacants.

Salaires, avantages sociaux et conventions collectives

15. Au cours des négociations, il faudrait examiner et réviser les conventions collectives et les politiques des employeurs afin d'y intégrer certaines innovations dans le domaine du travail, de la formation et de



la technologie, ainsi que les besoins nouveaux sur le plan du travail, les nouvelles réalités du monde du travail, les besoins actuels des infirmières et les nouvelles attentes des dispensateurs de soins professionnels qui s'ajouteront à la main-d'œuvre infirmière au cours du nouveau siècle.

16. Il est crucial d'offrir des salaires et des avantages sociaux concurrentiels, afin de retenir les infirmières actuelles et celles de la prochaine génération, et de continuer de les attirer.

Réduire les tâches non liées aux soins infirmiers et maximiser le cadre des fonctions

17. Tous les employeurs devraient engager suffisamment de personnel de soutien (administratif, environnemental, services alimentaires, porteurs) pour permettre aux infirmières de se consacrer entièrement aux soins directs aux patients et aux clients.
18. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers exhorte les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à procéder, à l'échelle nationale, à l'examen du cadre des fonctions des infirmières par rapport à celui des médecins et des autres travailleurs en soins de santé.
19. Nous exhortons également tous les employeurs à cesser de réglementer l'exercice professionnel des infirmières et d'établir des politiques qui permettent à chaque infirmière autorisée, à chaque infirmière auxiliaire autorisée et à chaque infirmière psychiatrique autorisée de fonctionner au maximum de sa capacité professionnelle, tel que le prévoient les normes de son organisme de réglementation professionnelle.

Nous exhortons les organismes de réglementation à collaborer avec les infirmières, les employeurs, les syndicats, les éducateurs et les gouvernements afin de maximiser le cadre des fonctions des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières psychiatriques autorisées dans tous les milieux et domaines de compétence, compte tenu de la complexité des soins actifs qu'elles dispensent aux patients, aux résidents, aux clients et aux familles.



2^e Recommandation : Créer des milieux de pratique professionnelle qui attirent et retiennent une main-d'œuvre en santé et engagée pour le XXI^e siècle

Dans un cadre de pratique de gestion saine, il est important de créer des milieux de pratique professionnelle, si attractifs et gratifiants qu'ils suffiront à attirer et à retenir les meilleurs praticiens de soins de santé dans toutes les disciplines. Les caractéristiques essentielles de ces milieux sont le respect, l'autonomie, le leadership et une maximisation du cadre des fonctions pour les infirmières dans tous les rôles et dans tous les milieux. Les infirmières ont besoin qu'on les consulte, qu'on leur demande leur opinion et qu'on suive leurs recommandations; elles ont besoin d'exercer un contrôle réel sur les décisions relatives à leur pratique professionnelle.

Pour que les infirmières exercent un contrôle sur leur pratique professionnelle, les employeurs doivent veiller à les laisser participer réellement à la prise de décision, autant à leurs points de prestation de services que dans le reste de leur organisation, et même au niveau régional. Les employeurs doivent établir des conditions permettant aux infirmières de consacrer du temps, dans le cadre de leurs fonctions, à la prise de décisions relatives à leur pratique et à la gestion, ainsi qu'en matière de politiques, et qui sont profitables à leurs employeurs et aux soins aux patients. Nous reconnaissons que les infirmières aussi doivent profiter des occasions de participer à la prise de décisions dans le cadre de leur exercice professionnel, mais les employeurs sont obligés d'appuyer les activités professionnelles qui améliorent le milieu de travail et le fonctionnement du système. L'une des mesures valables consisterait à créer un conseil de pratique professionnelle; nous reconnaissons que les dépenses des organisations en seront augmentées, mais nous sommes convaincus que celles-ci profiteront davantage des contributions que feront les infirmières à leur milieu d'entreprise et professionnel.

En tenant compte de facteurs comme le niveau élevé d'absentéisme chez les infirmières canadiennes, et du fait que le nombre de candidates qualifiées continue à dépasser, et de loin, le nombre de places disponibles dans les programmes d'enseignement des sciences infirmières, nous sommes convaincus que le Canada est parfaitement capable de fournir la plus grande partie d'une main-d'œuvre en soins infirmiers qui est autonome et s'autosuffit. Il faut adopter des mesures permettant d'augmenter à court terme le nombre d'infirmières, mais il est aussi important d'élaborer un plan national de surveillance continue, afin de coordonner le nombre d'infirmières entrant dans les diverses professions (nouvelles diplômées, immigrantes, infirmières qui renouent avec leur profession), le nombre d'infirmières qui en sortent (en prenant leur retraite, en émigrant ou en changeant de carrière), et la demande d'infirmières dans tout le pays, selon les tendances de la population et de la santé.



Leadership

Appel au respect

20. Dans tout le système de soins de santé, il est urgent de rétablir une pensée et un comportement respectueux. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers demande donc à tous les ministres et sous-ministres de la santé aux niveaux fédéral, provincial et territorial, de faire des déclarations énergiques sur l'importance de faire preuve de respect à l'égard de l'ensemble des travailleurs du système, y compris les gestionnaires, les dirigeants et les étudiants, et de demander aux dirigeants d'appuyer ce concept et d'exiger ce respect de tous les travailleurs du système des soins de santé.

Gestionnaires

21. On devrait engager un nombre suffisant de gestionnaires de première ligne pour qu'ils puissent entretenir un niveau de communication approprié avec les infirmières. Dans les milieux de travail où la majorité du personnel se compose d'infirmières, le gestionnaire de première ligne devrait aussi être une infirmière d'expérience ayant de bonnes capacités de leadership.

Nous incitons les employeurs à examiner et à évaluer la documentation croissante précisant les caractéristiques d'un cadre approprié de contrôle pour les infirmières gestionnaires et directrices, en leur permettant d'exercer leurs fonctions en même temps qu'elles répondent aux besoins des infirmières et des patients. Ces changements devraient être mis en œuvre avant avril 2003.

22. Les gestionnaires de première ligne devraient disposer de ressources humaines (p. ex., en administration) et techniques qui leur permettent d'accomplir leur travail dans un temps raisonnable. Ces programmes devraient être mis en œuvre avant avril 2003.
23. Reconnaissant qu'un nombre insuffisant d'infirmières accède à des postes de gestion et de direction, nous exhortons les employeurs, les éducateurs et les gouvernements à collaborer avec les infirmières afin de planifier la relève et de permettre aux infirmières d'acquérir de l'expérience en gestion et d'accéder à des postes de direction officiels.

Éducation

Former et diplômer plus d'infirmières

24. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers appuie les recommandations préliminaires du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie (volume 5, 2002), qui incite le gouvernement fédéral à collaborer avec les provinces afin



que les programmes de formation en sciences infirmières reçoivent assez de fonds supplémentaires pour accepter de nouvelles candidates et, en raison de la grave pénurie d'infirmières, d'envisager la possibilité d'éliminer les frais d'admission au cours des quatre prochaines années.

25. Dans le cadre d'un plan national coordonné de formation en sciences infirmières, les gouvernements collaboreront avec les écoles d'infirmières ainsi qu'avec les employeurs qui peuvent placer des étudiantes infirmières dans des milieux cliniques, afin d'accroître de 25 p. 100 le nombre de places, soit environ 1 100 nouvelles places, aux cours de première année des écoles d'infirmières pour les infirmières autorisées en septembre 2004. Ce chiffre dépasse celui de 10 p. 100 recommandé dans La stratégie pour les soins infirmiers au Canada.
26. Il faut augmenter de 20 p. 100 le nombre de places réservées aux infirmières autorisées au cours de chacune des quatre années à venir.
27. Il faut augmenter le nombre de places dans les programmes de 2e et de 3e cycle (maîtrise et doctorat) en réponse aux résultats d'études sur la main-d'œuvre visant à examiner et à présenter des recommandations sur la profession des soins infirmiers au Canada, ainsi qu'en réponse à la stratégie nationale de formation en soins infirmiers qu'élabore actuellement l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing. Il faut augmenter le nombre d'infirmières enseignantes proportionnellement à celui des admissions en premier, en second et en troisième cycle.

Fonds pour les infirmières et les étudiantes

28. Les gouvernements doivent collaborer avec les employeurs et les syndicats afin de financer chaque année, pendant 10 ans, chaque infirmière à temps plein au pays; ce financement servira à son perfectionnement professionnel (p. ex., certification dans une spécialité). Ces programmes doivent être mis en place avant juin 2003.
 - Il faudrait offrir aux infirmières qui travaillent à temps partiel un financement proportionnel aux heures travaillées au cours de l'année précédente.
 - Ces fonds devraient s'ajouter aux possibilités actuelles de formation (p. ex., activités d'orientation au sein du service ou à la formation qu'exige l'employeur afin d'accomplir la tâche actuelle), et devraient être indexés aux taux d'inflation.
29. Il faudrait éliminer au prorata les prêts étudiants aux infirmières qui acceptent de travailler dans des milieux difficiles à doter, comme le détermineront les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La



mise en place de ce programme est urgente, et devrait être terminée avant septembre 2003.

30. En plus de fournir des fonds, les employeurs devraient collaborer avec les gestionnaires, les infirmières et les syndicats afin d'établir des horaires et des stratégies de remplacement des infirmières, pour que celles-ci puissent profiter pleinement des occasions de formation, et garantir leur remplacement dans leur milieu de travail pendant leur congé de formation.

31. Afin d'étendre la capacité de recherche et d'enseignement au pays, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer afin de créer et de maintenir un fonds d'étude du Millenium en soins infirmiers qui offrirait des bourses équivalentes à 50 p. 100 des frais d'admission de toutes les infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières psychiatriques autorisées du Canada qui sont inscrites à un programme de maîtrise ou de doctorat, avant septembre 2004. Le Comité reconnaît que les infirmières non autorisées devraient suivre des programmes d'études autres que ceux offerts dans les écoles d'infirmières, comme des programmes d'enseignement en sciences infirmières leur permettant d'obtenir un diplôme de maîtrise ou de doctorat.

Remarque sur les sièges dans les écoles et le nombre d'infirmières.

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers reconnaît à quel point il est difficile de déterminer le nombre d'infirmières nécessaires dans une région. Il suggère qu'en planifiant les ressources humaines en soins infirmiers, on tienne compte des principes suivants :

- Nous exhortons les provinces, lorsqu'elles détermineront le nombre d'infirmières nécessaires, à former le nombre d'infirmières qui leur faut pour répondre à leurs besoins en soins infirmiers.
- Il faut augmenter le nombre de places dans les écoles pour toutes les catégories d'infirmières en fonction de l'augmentation du cadre des fonctions de toutes les catégories d'infirmières autorisées et maximiser le cadre des fonctions des autres professionnels de la santé, puisque le système de soins de santé est en évolution constante.
- En établissant les objectifs de croissance, il faut tenir compte des résultats des modèles de projection des ressources humaines en soins infirmiers élaborés dans le cadre de La stratégie pour les soins infirmiers au Canada et de l'Étude sectorielle et professionnelle nationale sur les infirmières et infirmiers.

Maximiser les possibilités d'études en classe et en clinique

32. Les employeurs devraient collaborer avec les universités et les collèges afin de maximiser les liens permettant aux étudiantes et aux professeurs d'obtenir des nominations à tous les niveaux, avant janvier 2003.
33. Les éducateurs devraient collaborer avec les employeurs afin d'offrir une expérience clinique créatrice pour les étudiantes et les préparer le mieux possible au monde du travail, avant septembre 2004.



-
34. Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient collaborer avec les écoles d'infirmières et les employeurs afin de financer, concevoir, maintenir et évaluer l'infrastructure nécessaire pour appuyer la formation clinique et autre; un plan devrait être élaboré et soumis aux gouvernements avant juin 2003.

Améliorer les services de formation dans les régions rurales et éloignées

35. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer avec les écoles d'infirmières afin de maximiser les possibilités de formation axées sur la technologie (p. ex., formation à distance) ou en personne pour les infirmières qui travaillent dans des régions rurales et éloignées, y compris au sein de communautés autochtones, avant septembre 2003.

Violence et mauvais traitements

36. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers appuie le Conseil international des infirmières qui condamne tout acte de violence perpétré contre quiconque, y compris les autres professionnels des soins de santé, les patients, les enfants, les aînés et les simples citoyens. Les infirmières sont particulièrement vulnérables; il faut donc continuer de veiller à l'élimination de toute forme de violence contre le personnel infirmier.
37. Tous les endroits où travaillent des infirmières doivent mettre en place et appliquer une politique de tolérance zéro de la violence, des mauvais traitements et de harcèlement dans les lieux de travail avant janvier 2003.
38. Les employeurs, les éducateurs, les infirmières, les gouvernements, les organismes de réglementation et le public devraient collaborer avec les forces policières et les experts en sécurité afin de créer des milieux de travail plus sûrs, et de poursuivre et de punir les contrevenants.
39. Les employeurs devraient inviter les forces policières à participer à l'orientation du nouveau personnel et encourager l'inverse - la participation des infirmières à l'éducation des agents de police et des forces de sécurité qui doivent intervenir dans le secteur des soins de santé.



3^e Recommandation : Surveiller les activités et diffuser une information permettant afin d'appuyer une main-d'œuvre infirmière réceptive, bien formée et engagée

Afin de mettre en œuvre, de surveiller et d'évaluer les recommandations présentées dans ce rapport, ainsi que les autres activités nationales connexes (La stratégie pour les soins infirmiers au Canada), nous recommandons qu'un certain nombre de stratégies soit amorcé à un niveau plus large, soit à celui du système. Ces recommandations visent à appuyer l'élaboration continue de politiques en matière de ressources humaines en soins infirmiers et en soins de santé, et ce, aux niveaux provincial et territorial, fédéral et national. Ainsi :

Travail et santé

40. Le gouvernement fédéral doit financer une étude nationale annuelle sur la santé des infirmières, du moins jusqu'à ce que les taux de maladie, d'absentéisme et de blessures chez les infirmières soient réduits à ceux de la moyenne nationale des travailleurs et travailleuses canadiens.
41. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent assurer un financement unique, afin d'élaborer des directives précises sur la création d'un milieu de travail sain pour les employeurs qui souhaitent offrir aux infirmières des milieux de travail d'une qualité telle qu'elles-mêmes les considéreraient comme des milieux de travail privilégiés.

Accréditation

42. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent collaborer avec le Conseil canadien d'Agrément des services de santé et les employeurs afin d'appuyer les activités d'accréditation visant à surveiller et à améliorer la qualité de la vie professionnelle des infirmières.
43. On devrait créer un prix spécial d'excellence pour les employeurs dont l'établissement est reconnu comme un lieu de travail privilégié dans le secteur des soins infirmiers. Pour mériter cette reconnaissance, chaque employeur devrait répondre à des critères fondamentaux comprenant la réduction des taux d'absentéisme et des heures supplémentaires, la hausse de la proportion du personnel travaillant à temps plein et d'autres mesures similaires. Nous exhortons Santé Canada à collaborer avec le Conseil canadien d'Agrément des services de santé et avec l'Association canadienne des soins de santé à l'élaboration et au financement de ce programme de prix d'excellence.



Surveillance continue

44. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer avec le Comité consultatif des ressources humaines en santé afin de surveiller la mise en œuvre des recommandations du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. Le Comité consultatif des ressources humaines en santé pourrait, entre autres choses, a) prolonger le mandat actuel du présent Comité, b) élargir le Comité, mais en établissant un roulement des membres ou c) transformer le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers en un groupe de travail doté d'une nouvelle structure et axé sur la résolution de problèmes.
- Le ou les futurs comités pourraient faire participer, ou du moins consulter les infirmières chefs aux niveaux fédéral, provincial et territorial, ainsi que les dirigeantes des comités consultatifs en soins infirmiers des provinces et des territoires ou des autres organismes similaires.
 - Nous suggérons que ce comité se réunisse deux fois par année pendant encore deux ans, afin de surveiller la mise en œuvre des recommandations présentées dans ce rapport et de les coordonner avec les autres activités connexes, comme La stratégie pour les soins infirmiers au Canada, la Stratégie nationale de formation en soins infirmiers et l'Étude sectorielle et professionnelle nationale sur les infirmières et infirmiers. Ils pourraient aussi veiller à la création d'une mémoire corporative en suivant de près les décisions portant sur les politiques, en vue de maximiser les possibilités, d'offrir une rétroaction aux décideurs et d'éviter de répéter les erreurs du passé.

Recherche et information

45. Nous encourageons les chercheurs à continuer d'examiner et de mieux comprendre l'information sur la main-d'œuvre en soins infirmiers, en portant une attention particulière :
- aux infirmières auxiliaires autorisées et aux infirmières psychiatriques autorisées;
 - à la mesure de la charge de travail;
 - au rapport infirmières-patients et à ses effets sur la qualité des soins;
 - aux répercussions de la durée des quarts de travail sur les infirmières et sur les patients;
 - à la dynamique des heures supplémentaires, de l'absentéisme et du roulement du personnel;



-
- à l'analyse des répercussions qu'ont les relations entre les ressources humaines en soins infirmiers et l'état de santé des patients, y compris les répercussions économiques;
 - à la compétence collective;
 - aux systèmes de gestion de l'information;
 - à l'élaboration et à la mise au point d'indicateurs de la qualité de vie au travail et de la réceptivité des infirmières, en rapport avec l'état de santé des patients;
 - au perfectionnement de méthodes de planification des ressources humaines en fonction des besoins des populations, des modes de gestion et de déploiement des ressources en soins infirmiers, en tenant compte de la population, des dispensateurs de soins et de l'état de santé des patients.
46. Les décideurs en matière de soins infirmiers, les chercheurs, les éducateurs et les associations professionnelles du secteur des soins infirmiers devraient collaborer étroitement avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), les présidents des ressources humaines en soins infirmiers de la FCRSS et de l'ICIS et Statistique Canada afin de recueillir l'information quant aux connaissances nécessaires à la progression des travaux.

Le système

47. Nous exhortons fortement tous les gouvernements, employeurs, syndicats, éducateurs et associations professionnelles du pays à appuyer la mise en œuvre des recommandations des comités consultatifs provinciaux et territoriaux sur les soins infirmiers (ou des organismes équivalents) et les autres stratégies en cours visant à améliorer la vie professionnelle des infirmières canadiennes.
48. Nous exhortons les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à financer des postes d'infirmières chefs, à placer des infirmières à des postes de cadres et de décideurs et à appuyer le financement continu des comités consultatifs sur les soins infirmiers et autres organismes similaires.
49. Les gouvernements du pays faire des investissements à long terme (pluriannuels) dans les systèmes de santé et d'éducation. Ces investissements devraient être stables, durables et appropriés.
50. Les gouvernements devraient injecter des fonds spéciaux destinés aux infirmières qui travaillent dans les régions rurales et éloignées. Ces investissements devraient viser trois objectifs : le recrutement, la



réduction et l'amélioration des conditions de travail dans les régions rurales et éloignées.

51. Nous exhortons les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à collaborer avec les associations professionnelles, les employeurs, les syndicats et les éducateurs dans le but de financer et de mettre en œuvre une campagne à l'échelle nationale visant à attirer et à retenir une main-d'œuvre diversifiée (fondée, par ex., sur le sexe, la culture ou l'ethnie) pour tous les rôles et à tous les niveaux des soins infirmiers, et, tout particulièrement de financer un groupe de travail national chargé de favoriser le recrutement et la rétention des infirmières et des étudiantes-infirmières autochtones.



CONCLUSION

Depuis trop longtemps, les Canadiens sont tracassés par l'état d'un système de soins de santé qu'ils vénèrent pourtant. Ils ont été attentifs et ont prêté attention pendant qu'on examinait chaque aspect (médical, politique et organisationnel) du système ou qu'on en débattait en continu. L'importance de ce système est telle que les gouvernements de toutes les régions du pays et de tous les partis politiques se sentent très mal à l'aise lorsqu'on leur dit qu'ils ne sont pas assez sensibles à son état. Il est donc très étrange de constater qu'après tant d'années, autant de problèmes reconnus à l'échelle nationale et ayant trait aux soins infirmiers ne sont toujours pas résolus.

Nous ne doutons aucunement de l'engagement des Canadiens. Une série de sondages de l'opinion publique a mis en évidence le profond sentiment de loyauté qu'ils éprouvent à l'égard du système de soins de santé ou, du moins, à l'égard des idéaux d'un système financé par le secteur public. Cet attachement est d'autant plus exclusif qu'il s'agit d'un système public, à un point tel qu'un nombre impressionnant de Canadiens considèrent l'assurance-maladie comme une valeur nationale, quelque chose qui nous distingue des autres peuples.

Malgré le débat public qui fait rage depuis quelques années, la plupart de sondages de l'opinion publique indiquent que les Canadiens sont largement satisfaits de l'état de leur système de soins de santé. Mais examinons la situation d'un peu plus près : lorsque Ipsos-Reid a commencé à demander aux Canadiens, en mai 1991, d'évaluer le système de soins de santé et sa qualité, 26 p. 100 l'ont dit excellent; en janvier 2002, 4 p. 100 seulement de la population ont donné cette réponse. Au cours de la même période, le nombre de Canadiens qui ont jugé le système de soins de santé bon, médiocre et très médiocre a grimpé de 13 p. 100, soit à 33 p. 100 (Ipsos-Reid 2002a). Les résultats d'un sondage mené en mai 2002 indiquent que plus de la moitié des répondants a dit s'attendre à ce que les services de santé provinciaux se détériorent à l'avenir; la raison principale qu'ils évoquaient (35 p. 100) était la pénurie de ressources humaines au sein de système de santé (Ipsos-Reid 2002b). Tandis que les dépenses en soins de santé franchissent le seuil des 100 milliards de dollars (ICIS 2002) pour la première fois, la confiance du public est ébranlée. Pour rétablir et maintenant leur niveau de satisfaction, il faut régler les problèmes auxquels sont confrontés les infirmières et le secteur des soins infirmiers.

CONCLUSION



La principale conclusion qui se dégage des travaux du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers est qu'il faut accepter et mettre en œuvre les recommandations présentées dans le présent rapport. Seules des mesures d'urgence réussiront à améliorer la situation.



BIBLIOGRAPHIE

Aiken, L., Smith H., et Lake, E. Lower Medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care, 1994, *Medical Care*, vol. 32, no 8, p. 771-87.

Aiken, L., Sloane, D., et Sochalski, J. Hospital organization and outcomes, 1998, *Quality in Health Care*, vol. 7, no 4, p. 222-226.

Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D. Sochalski, J. Busse, R. Clarke, H. Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A., et Shamian, J. Nurses' reports on hospital care in five countries, *Health Affairs*, vol. 20, n° 3, mai-juin 2001, p. 43-53. www.healthaffairs.org/archives_library.htm

American Nurses Association. *American Nurses Credentialling Center*, 2002, <http://nursingworld.org/ancc/>

Association des collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario. *The 2001 Environmental Scan for The Association of Colleges of Applied Arts and Technology of Ontario*, Toronto (Ontario), 2001.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (1998). Nurses take over Ottawa. *CNA Today*, 8(4).

Association des infirmières et infirmiers du Canada (2002). Nursing Education Seats Database. Personal communication.

Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association canadienne des soins de santé (1990). *Nurse Retention and Quality of Worklife: A National Perspective*. Ottawa: ON, C.N.A.

Baumann A, O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M. Blythe, J. Bourbonnais, R. Cameron, S. Irvine Doran, D., Kerr, M., McGillis Hall, L., Zina, M., Butt, M., et Ryan, L. *Commitment and Care: The benefits of a healthy workplace for nurses, their patients and the system*, rapport soumis à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2001, Ottawa (Ontario), http://www.chsrf.ca/docs/finalrpts/pscomcare_e.pdf

Baumann, A., et Underwood, J. *Innovation and Strategies for Addressing Nursing Workload Issues*, rapport commandé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002, Ottawa (Ontario).

Blegen, M. Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables, 1993, *Nursing Research*, vol. 42, 1993, p. 36-41.

California Nurse. Studies link RN staffing to patient safety, 1999, *California Nurse*, vol. 95, no 6, p. 7, <http://www.calnurse.org/cna/cal/aug99/7cnaug99.html>

Centre syndical et patronal du Canada. *Full-time Equivalents and Financial Costs Associated with Absenteeism, Overtime, and Involuntary Part-time Employment in the Nursing Profession*, A. Wortsman et C. Lockhead, chercheurs principaux, rapport commandé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002, Ottawa (Ontario).

BIBLIOGRAPHIE



Comité consultatif des ressources humaines en santé (2000a). **La stratégie pour les soins infirmiers au Canada**, Ottawa (Ontario), http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pour_vous/soins_infirmiers/index.htm

Comité consultatif des ressources humaines en santé (2000b). **Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers** Ottawa (Ontario), http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pour_vous/soins_infirmiers/cccsi_mandat.htm

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. **Interim Report on the State of Health Care System in Canada**, 2002a, vol. 4. Ottawa (Ontario).

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. **Interim Report on the State of Health Care System in Canada**, 2002b, vol. 5. Ottawa (Ontario).

Connors, K. Communiqué personnel du président de la Fédération nationale des syndicats d'infirmières/infirmiers, avril 2002.

Doran, D., McGillis Hall, L., Sidani, S. O'Brien-Pallas, L., Donner, G., Baker, G., et Pink, G. Nursing staff mix and patient outcome achievement: The mediating role of nurse communication, **International Nursing Perspectives**, 2001, vol. 1, no 2-3, p. 74-83.

Drucker, P. **Post-Capitalist Society**, New York (NY), Harper Business, Harper Collins Inc., 1993.

Duffield, C., et O'Brien-Pallas, L. The nursing workforce in Canada and Australia: Two sides of the same coin, 2002, **Australian Health Review**, vol. 25, no 2, p. 136-144.

Fernandez, C., Bouthillette, F., Raboud, J., Bullock, L., Moore, C., Christenson, J., Graftstein, E., Rae, S., Ouellet, L. Gillrie, C. et Way, M. Violence in the emergency department: a survey of health care workers, 1999, **Canadian Medical Association Journal**, vol. 161, no 10, p. 1245-1248.

Glouberman, S. **Structures, Power and Respect: The Nurse's Dilemma**, rapport commandé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Ottawa (Ontario), Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, 2002.

Graydon, J., Kasta, W., et Khan, P. Verbal and Physical Abuse of Nurses, 1994, **Canadian Journal of Nursing Administration**, vol. 7, no 4, p. 70-89.

Institut canadien d'information sur la santé. **Les dispensateurs de soins au Canada**, 2001a, http://secure.cihi.ca/cihiweb/disPage.jsp?cw_page=AR_35_F

Institut canadien d'information sur la santé. **Supply and Distribution of Registered Nurses in Canada 2000**, 2001b, <http://www.cihi.ca/medrls/23may2001.shtml>

Institut canadien d'information sur la santé. **Les soins de santé au Canada 2002**, <http://secure.cihi.ca/cihiweb/hcic/fr/hcic.html>

Ipsos-Reid. **Message To The Premiers From The Canadian Public About Healthcare: Clean Up Mismanagement And Inefficiency In The System, Don't Restrict Access To Services or Charge Individuals a Fee**, 2002a, <http://www.ipsos-reid.com/pdf/media/mr020125-1a.pdf>

Ipsos-Reid. **The Aventis Healthcare Survey**, 2002b, www.ipsos-reid.com/pdf/media/mr020507-2.pdf

Irvine, D., et Evans, M. **Job Satisfaction and Turnover Among Nurses: A Review and Meta-Analysis**. Toronto, University of Toronto Faculty of Nursing Monograph Series, 1992.



Kingma, M. *International Nursing Review* (ICN), article rédigé à titre de directeur scientifique invité, 2001, vol. 48, p. 129-130.

Koehoorn, M., Lowe, G., Rondeau, K., Schellenberg, G., et Wagar, T. *Creating High-Quality Health Care Workplaces*, 2002, document de réflexion du RCRPP no W|14.

Lowe, G., et Schellenberg, G. *What's a Good Job? The Importance of Employment Relationships*, 2001, CPRN Study No. W|05. 2001.

Marck, P., Allen, D., et Phillipchuk, D. *Alberta RN*, 2001, vol. 57, no 7, décembre 2001.

McGillis Hall, L., Irvine Doran, D., Baker, G. Pink, G., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L., et Donner, G. *A Study of the Impact of Nursing Staff Mix Models and Organizational Change Strategies on Patient, System and Nurse Outcomes*, 2001, Faculty of Nursing (University of Toronto), Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et Ontario Council of Teaching Hospitals, Toronto (Ontario), ISBN# 0-7727-3603-0.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. et Zelevinsky, K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals, *The New England Journal of Medicine*, 2002, vol. 346, no 22, p. 1715-1722, 30 mai 2002.

O'Brien Pallas, L., Baumann, A. et Villeneuve, M. The quality of nursing worklife, dans *Nursing Management in Canada*, par J. Hibberd et M. Kyle (dir.), Toronto (Ontario), W.B. Saunders Canada, 1994, p. 391-409.

O'Brien-Pallas, L., Irvine Doran, D., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B. et Lochhass Gerlach, J. Evaluation of a client care delivery model part 1: Variability in client outcomes in community home nursing, 2001, *Nursing Economic\$,* vol. 6, no 19, p. 267-276.

O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., Alksnis C. et Bruce, S. The economic impact of nurse staffing decisions: Time to turn down another road?, 2001, *Hospital Quarterly*, vol. 4, no 3, p. 42-50.

O'Brien-Pallas, L., Irvine Doran, D., Murray, M., Cockerill, R., Sidani, S., Laurie-Shaw, B. et Lochhass Gerlach, J. Evaluation of a client care delivery model part 2: Variability in client outcomes in community home nursing, 2002, *Nursing Economic\$,* vol. 20, no 1, p. 13-21.

O'Brien-Pallas, L., Meyer, R., Alksnis, C., Tomblin Murphy, G., Williams, S., Thomson, D., Luba, M. et Lemonde, M. *Nursing Education Data - Evaluation Of Strategy 7 of the Nursing Strategy For Canada*, 2002, rapport soumis à Santé Canada, Toronto (Ontario), The Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit, University of Toronto.

Occupational Safety and Health Administration. *Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care and Social Service Workers*, 1998, www.osha-slc.gov/SLTC/workplaceviolence/guideline.html

Prescott, P. Nursing: An important component of hospital survival under a reformed health care system, 1993, *Nursing Economic\$,* vol. 11, p. 192-199.

Ryten, E. *A Statistical Picture of the Past, Present and Future of Registered Nurses in Canada*, Ottawa (Ontario), Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1997.

Shamian, J., O'Brien-Pallas, L., Kerr, M., Koehoorn, M., Thomson, D., et Alksnis, C. *Effects Of Job Strain, Hospital Organizational Factors And Individual Characteristics On Work-Related Disability Among Nurses*, 2001, rapport final soumis à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, octobre 2001.



Sullivan, T., Kerr, M. et Ibrahim, S. Job stress in health care workers: highlights from the National Population Health Survey, 1999, *Hospital Quarterly*, p. 34-40.

Thomson, D., Dunleavy, J. et Bruce, S. Nurse Job Satisfaction - Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace, 2002, rapport commandé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Ottawa (Ontario).

Tourangeau, A., Giovannetti, P., Tu, J. et Wood, M. Nursing-related determinants of 30-day mortality for hospitalized patients, 2002, *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 33, no 4, p. 71-88.

Viewpoints Research (2002). *Nurses' Definitions of Respect and Autonomy in the Workplace: Summary of Focus Groups with Canadian Nurses*, G. Devine et L. Turnbull (directeurs de recherche), rapport commandé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Ottawa (Ontario).

Villeneuve, M., Semogas, D., Peereboom, E., Irvine, D., McGillis Hall, L., Walsh, S., O'Brien-Pallas, L. & Baumann, A. (1995). *The Worklife Concerns of Ontario Nurses: Final Report*. Ontario Ministry of Health / Faculty of Nursing, University of Toronto, Working Paper Series: 95-11.

Wagner, S., Bookey-Bassett, S., Clement-Gallien, L. et J. Bulter. *A Catalogue : Current Strategies for Healthy Workplaces*, 2002, rapport commandé par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Ottawa (Ontario).



OUVRAGES À LIRE

Commissions et rapports des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

British Columbia Select Standing Committee on Health. (Val Roddick, prés.). **Patients First: Renewal and Reform of British Columbia's Health Care System**, le 10 décembre 2001, Victoria (C.-B.), Select Standing Committee on Health. <http://www.legis.gov.bc.ca/CMT/37thparl/2nd-session/health/reports/Health-Report-2001.pdf>

Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec (Michel Clair, président). **Rapport et recommandations : les solutions émergentes**, le 18 décembre 2000, Québec, (Québec), Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS). <http://www.cessss.gouv.qc.ca/pdf/fr/00-109.pdf>

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (aussi appelée la Commission Romanow). <http://www.healthcarecommission.ca/>

Conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé (Hon. Don Mazankowski, prés.). **Report of the Premier's Advisory Council on Health. A Framework for Reform**, décembre 2001, Edmonton (Alberta), Conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé. http://www.gov.ab.ca/home/health_first/documents/PACH_report.pdf

Conseil du premier ministre du Nouveau-Brunswick sur la qualité des soins de santé. **Report from the Premier's Health Quality Council: Health Renewal**, janvier 2002, Fredericton (Nouveau-Brunswick), Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé. http://www.gnb.ca/op_cpm/e-phqc.pdf

Rapport du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (aussi appelé le rapport Kirby) - il n'y a pas de résumés, car les rapports finaux n'ont pas encore été publiés.
<http://www.healthcarecommission.ca/> Cliquer sur Ressources/Recherches, puis sur Rapports canadiens.

Saskatchewan Commission on Medicare (Kenneth J. Fyke, commissaire). **Caring for Medicare: Sustaining a Quality System**, Regina, (Saskatchewan), Commission on Medicare, le 6 avril 2001. http://www.health.gov.sk.ca/info_center_pub_commission_on_medicare-bw.pdf

Services de santé et services sociaux des territoires du nord-ouest. **Northwest Territories Health and Social Services System: Action Plan 2002-2005**, le 16 janvier 2002, Yellowknife (T. N.-O.), Services de santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. <http://www.hltss.gov.nt.ca/Content/Planning/ActionPlan/actionplan.pdf>

OUVRAGES À LIRE



Autres rapports et articles

Rapports de L'institut canadien d'information sur la santé: www.cihi.ca

- La santé de la population canadienne
- Les dispensateurs de soins au Canada
- Les soins de santé au Canada
- Supply and Distribution of Registered Nurses in Rural and Small Town Canada

Decter, M., et M. Villeneuve. Repairing and renewing nursing workplaces. 2001, *Hospital Quarterly*, vol. 5, no 1, p. 46-49.

Duxbury, L., et C. Higgins. *Work-Life Balance in the New Millennium: Where Are We? Where Do We Need to Go?*, 2001, document de réflexion du RCRPP no W|12, octobre 2001.

Glouberman, S. *Towards a New Perspective on Health Policy*, 2001, document de réflexion du RCRPP no H|03, <http://www.cprn.com/cprn.html>

Hay Group. *The Retention Dilemma: Why Productive Workers Leave - Seven Suggestions for Keeping Them*, 2001, Toronto, (Ontario).

Laschinger, H., Shamian, J., et D. Thomson. Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care and work satisfaction, 2001, *Nursing Economic\$,* vol. 19, p. 209-219.

Lowe, G., et K. Davidman. *Re-Thinking Employment Relationships: Implications for Workers, Employers and Public Policy*, 2001, document de réflexion du RCRPP no W|05.

National Health Service. *Recruiting and Retaining Nurses, Midwives and Health Visitors in the NHS - Progress Report*, 2001, Londres (R.-U.), ministère de la Santé.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M. et K. Zelevinsky. *Nurse Staffing and Patient Outcomes in Hospitals: Final Report*, 2001, US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration.
<http://bhpr.hrsa.gov/dn/staffstudy.htm>

O'Brien-Pallas, L. Where to from here?, (éditorial et discours), 2002, *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 33, no 4, p. 3-14.

Ryten, E. *Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections*, 2002, Ottawa (Ontario), Association des infirmières et infirmiers du Canada. (Publication en juin 2002.)

Shamian, J., et M. Villeneuve. Building a national nursing agenda, 2000, *Hospital Quarterly*, vol. 4, no 1, p. 16-18.



Liens et ressources - au Canada et à l'étranger

Agency for Healthcare Research and Quality

<http://www.ahrq.gov>

American Nurses Association, Inc. (y compris l'American Nurses Credentialling Center)

<http://www.ana.org>

Association canadienne des écoles universitaires de nursing

<http://www.causn.org>

Association des collèges communautaires du Canada

<http://www.accc.ca>

Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada

<http://www.cnsa.ca>

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

<http://www.anac.on.ca>

Association des infirmières et infirmiers du Canada

<http://www.cna-nurses.ca>

Association des universités et collèges du Canada

<http://www.aucc.ca>

Canadian Nursing Index (links to nursing resources)

<http://www.nursingindex.com>

Canadian Practical Nurses Association

<http://www.cpna.ca>

Canadian RN Directory

<http://www.canadianrn.com/directory/govt.htm>

Comprehensive Health Care Disciplines & Education Links

<http://www-hsl.mcmaster.ca/tomflem/nurses.html>

Conseil canadien d'agrément des services de santé

<http://www.cchsa.ca>

Conseil international des infirmières

<http://www.icn.ch>

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

<http://www.nursesunions.ca>

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

<http://www.chsrf.ca>

Institut canadien d'information sur la santé

<http://www.cihi.ca>



Institut de recherche sur le travail et la santé
<http://www.iwh.on.ca>

Johnson & Johnson's Nursing Recruitment Campaign
www.discovernursing.com

Nombreux liens à des organismes de recherche en politiques publiques
<http://policyresearch.schoolnet.ca/community/index-e.htm>

Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Unit (University of Toronto and McMaster University)
<http://www.fhs.mcmaster.ca/nru>

Santé Canada (comprend d'excellents liens à tous les sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux)
<http://www.hc-sc.gc.ca>

U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources & Services Administration, Bureau of Health Professions
<http://www.bhpr.hrsa.gov>



ANNEXES

Annexe A : Sommaire de La stratégie pour les soins infirmiers au Canada

Le Canada est actuellement confronté à une crise dans le secteur des soins infirmiers, si l'on en juge par l'opinion exprimée dans tout le pays, tant au sein du système de santé que par le grand public. Bien que les points de vue diffèrent quant aux facteurs qui sont à l'origine de cette situation et aux solutions les plus prometteuses, la majorité des observateurs s'entendent sur le fait que la pénurie actuelle de personnel infirmier s'aggrave et que, si aucune mesure n'est prise, la qualité du système de soins de santé national risque de se détériorer.

Pour répondre à ces préoccupations, la Conférence des sous-ministres et des ministres de la Santé ont demandé au Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS) d'élaborer une stratégie pancanadienne pour les soins infirmiers. Compte tenu de la complexité de l'enjeu, il a également demandé au CCRHS de consulter de façon constructive les intervenants pertinents.

Le document initial, Vers une stratégie pour les soins infirmiers au Canada : un document de consultation à l'intention des intervenants, a été élaboré, en mars 2000, par le Groupe de travail sur les ressources en soins infirmiers et les travailleurs non réglementés de la Santé (GTRI), un sous-comité du Comité consultatif des ressources humaines en santé. Ces documents visaient à solliciter les conseils et la rétroaction d'un grand nombre d'intervenants des travailleurs en soins infirmiers avant d'élaborer une stratégie pour les soins infirmiers au Canada.

Selon ce document de consultation, l'objectif d'une stratégie pancanadienne en soins infirmiers est d'établir et de maintenir des effectifs appropriés en soins infirmiers qui soient dûment formés, bien distribués et déployés de façon à satisfaire les besoins de soins de santé des résidents du Canada. Ce document définit les enjeux primordiaux ayant trait à la main-d'œuvre infirmière et qui sont liés à cet objectif, soit le besoin d'information détaillée et exacte, et de recherche pertinente, afin d'appuyer : l'amélioration de la planification des ressources humaines, l'augmentation de la capacité de formation; l'accroissement des possibilités d'expérience clinique et d'appui dans les milieux de travail pour les étudiantes et les nouvelles diplômées; la mise en œuvre de changements importants dans les lieux de travail en vue d'améliorer la qualité de la vie professionnelle des infirmières; et une meilleure utilisation de toutes les infirmières.

Dans ce premier document, on examinait les différents points de vue des intervenants sur ces questions afin d'obtenir une compréhension commune de la complexité du problème. On y proposait également, à des fins d'étude, douze stratégies d'intervention, élaborées par le GTRI.

On a reçu 94 réponses officielles de divers intervenants, dont des organismes de réglementation professionnelle, des associations et des syndicats représentant les trois groupes de soins infirmiers, des éducateurs, des employeurs et le gouvernement. Ces réponses ont orienté la préparation du document final, La stratégie pour les soins infirmiers au Canada.

ANNEXES



Commentaires des intervenants

La majorité des intervenants appuyait la création d'un comité consultatif réunissant des acteurs très divers, afin d'aborder les problèmes les plus pressants auxquels sont confrontés les travailleurs du secteur des soins de santé et d'appuyer les provinces et les territoires dans leurs efforts de les résoudre dans leurs domaines respectifs de compétences. Les intervenants appuyaient aussi la création d'organismes similaires dans les provinces et les territoires où la planification intégrée et l'élaboration de politiques n'ont pas encore été entreprises. Les intervenants de l'ensemble du système des soins de santé ont reconnu la nécessité d'augmenter et d'améliorer la planification de la main-d'œuvre infirmière. Pour ce faire, ils suggéraient qu'on recueille des données plus exhaustives sur les groupes infirmiers. Ils appuyaient également un ordre du jour en matière de recherches qui serait solide et coordonné à l'échelle nationale, de façon à documenter l'élaboration d'un cadre d'action utile.

Bien que reconnaissant que la santé et l'éducation relèvent des provinces et des territoires, les intervenants voulaient également que le gouvernement fédéral dirige l'élaboration de données sur les ressources humaines en santé, afin de mieux prévoir dorénavant l'offre et la demande en soins infirmiers. De nombreux répondants ont fait remarquer qu'il était temps de recourir à d'autres modèles de calcul de l'offre que ceux sur lesquels a reposé la planification des ressources humaines en santé jusqu'à maintenant.

Tout en appuyant fortement l'augmentation de la capacité de l'éducation et de la formation des trois groupes infirmiers, la majorité des répondants a suggéré que l'augmentation de 10 p. 100 des places dans les écoles d'infirmières que l'on recommande d'effectuer partout au Canada sur une période de deux ans n'était pas suffisante. Un grand nombre de répondants a également indiqué qu'il faudrait accroître la capacité de formation des infirmières en améliorant la planification des ressources humaines fondée sur tout l'éventail des pratiques professionnelles dans ce secteur et en tenant compte des changements apportés à l'exercice de la profession d'infirmière ou touchant la santé de la population et à démographie. Les associations représentant les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées ont aussi fortement recommandé que leurs membres participent aux activités de planification.

De nombreux répondants ont aussi souligné le besoin d'appuyer cette augmentation de la capacité des écoles d'infirmières par des placements cliniques appropriés et d'assurer aux nouvelles diplômées un appui et un emploi à temps plein, afin de les retenir au sein de leur profession et du système de soins de santé.

Les organismes de réglementation de la profession des infirmières autorisées et plusieurs groupes représentant les infirmières autorisées appuyaient fortement l'ajout de nouvelles compétences. Toutefois, certains se sont aussi dits préoccupés des répercussions qu'aurait la mise en œuvre de ces politiques, en recommandant qu'on les évalue afin d'éviter à court terme une réduction non intentionnelle du nombre d'infirmières autorisées. Certains ont aussi souligné qu'il fallait résoudre les besoins en formation de la main-d'œuvre actuelle, surtout en ce qui concerne le perfectionnement professionnel, en vue d'accroître les compétences et la formation spécialisée.

Les organismes de réglementation professionnelle ont demandé qu'on respecte leurs responsabilités statutaires en ce qui a trait au cadre des fonctions et des compétences, et ont fortement souligné le besoin d'examiner l'éventail entier des pratiques professionnelles en soins infirmiers. La majorité d'entre eux reconnaissait que toutes les infirmières devraient être utilisées au maximum de leurs compétences afin de répondre aux besoins en soins de santé de la population, et qu'il fallait définir le potentiel humain optimal des infirmières en tenant compte de l'utilisation du personnel non lié aux soins infirmiers.



De nombreux intervenants ont suggéré que les solutions apportées à la pénurie actuelle d'infirmières devraient être pragmatiques et innovatrices. Même avec activité concertée, les réalités sociales, démographiques et fiscales du nouveau siècle ont produit, au sein de la main-d'œuvre infirmière, un profond changement structurel que ne résoudront pas les stratégies classiques de l'offre. Par conséquent, de nombreux répondants ont souligné la nécessité de mieux gérer la main-d'œuvre actuelle. Plusieurs régions font état de graves difficultés à recruter des infirmières, même si leurs exigences varient en ce qui a trait aux types d'infirmières, occasionnelles ou spécialisées, recherchées. Les répondants ont aussi indiqué que la rétention du personnel infirmier, à chaque poste comme dans l'ensemble la profession, constituait un grave problème.

Les répondantes ont presque toutes indiqué que, pour résoudre ces problèmes, il était crucial d'améliorer la qualité de la professionnelle des infirmières. Une telle amélioration comporte de des aspects très différents, et, comme la main-d'œuvre infirmière est très diversifiée, il n'existe pas de solution unique. Toutefois, les intervenants appuyaient fortement l'accroissement du perfectionnement professionnel, y compris :

- des possibilités de transférabilité et de mobilité verticale;
- l'établissement d'horaires souples;
- l'augmentation du nombre d'infirmières à des postes de leadership et de gestion et l'appui au niveau clinique;
- un meilleur rapport infirmières-patients afin de régler les problèmes touchant la charge de travail;
- la réduction des tâches non liées aux soins infirmiers;
- la réduction du nombre d'emplois occasionnels.

Enfin, les intervenants ont lancé un appel à l'action : ils étaient fortement convaincus que l'on ne remédierait aux pénuries actuelles d'infirmières et à l'insatisfaction de ces dernières que si les décideurs et les bailleurs de fonds adoptaient des mesures rapides, déterminantes et unifiées.

Stratégies de changement

Pour répondre à la rétroaction fournie par les intervenants, on a révisé le document initial et rédigé la stratégie pour les soins infirmiers au Canada. On y propose onze stratégies de changement, classées selon les principaux enjeux suivants :

- action unifiée;
- amélioration des données, de la recherche et de la planification des ressources humaines;
- formation appropriée;
- amélioration des stratégies de déploiement et de maintien de l'effectif.

Ces stratégies sont proposées compte tenu du fait que l'élaboration et la mise en œuvre de chacune d'entre elles exigent que les efforts de tous les intervenants soient unifiés. Pour chaque stratégie, on a indiqué le responsable principal et suggéré certains délais d'exécution.

Stratégie 1

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux établissent immédiatement un Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI), représentant



plusieurs intervenants, qui sera chargé d'examiner les enjeux prioritaires déterminés par le Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS) et le Groupe de travail sur les ressources en soins infirmiers et les travailleurs non réglementés de la santé (GTRI). En 2000-2001, le rôle principal du CCCSI consistera à proposer des moyens d'améliorer la qualité de la vie professionnelle des infirmières et de donner des conseils visant à appuyer la mise en œuvre des autres stratégies énoncées dans La stratégie pour les soins infirmiers au Canada.

Stratégie 2

Un Comité consultatif des soins infirmiers (CCSI) sera mis sur pied par chaque province et territoire qui n'a pas d'organisme équivalent; son rôle consistera à appuyer l'élaboration de stratégies pour l'amélioration de la planification et de la gestion des ressources humaines en soins infirmiers au sein de leurs compétences particulières.

Stratégie 3

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux encouragent les efforts déployés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et d'autres organismes pour produire l'information nécessaire à la planification et à l'évaluation efficaces des ressources en personnel infirmier.

Stratégie 4

Le CCRHS collabore avec les organismes de financement de la recherche à relever les lacunes des recherches actuelles, déterminer les questions relatives à la planification de la main-d'œuvre pour le financement de nouvelles recherches et recommander de meilleurs mécanismes de diffusion des résultats de la recherche aux décideurs et aux gestionnaires.

Stratégie 5

Le gouvernement fédéral assume un rôle de direction en ce qui concerne l'élaboration de meilleures projections de l'effectif et de la demande en infirmière jusqu'à l'année 2015.

Stratégie 6

Il faut élaborer une stratégie de communication visant à sensibiliser davantage le public au fait que la profession d'infirmière constitue un choix de carrière valable et à augmenter le nombre de candidates qualifiées dans les écoles de soins infirmiers.

Stratégie 7

Le nombre de places dans les programmes de soins infirmiers doit être augmenté d'au moins 10 p. 100 à la grandeur du Canada par rapport au niveau de 1998-1999, et ce, au cours des deux prochaines années (2000-2002); son augmentation au cours des années suivantes doit être fondée sur de meilleures projections de la demande de même que sur les besoins et capacités des provinces et des territoires.

Stratégie 8

Chaque CCSI provincial et territorial ou l'organisme équivalent doit élaborer une stratégie globale pour déterminer les catégories de ressources humaines en soins infirmiers nécessaires pour chaque milieu de pratique, à l'aide d'une analyse des besoins de la population, de



l'ensemble du système de santé, et des capacités et compétences de toutes les catégories d'infirmières.

Stratégie 9

Chaque CCSI provincial et territorial ou l'organisme équivalent doit élaborer un plan quinquennal de formation des infirmières fondé sur la stratégie globale proposée à la stratégie 8.

Stratégie 10

Les CCSI provinciaux ou territoriaux ou les organismes équivalents doivent déterminer des stratégies de rétention de leurs travailleurs en soins infirmiers et en appuyer la mise en œuvre; ces stratégies doivent être axées sur l'amélioration de la qualité de la vie professionnelle.

Stratégie 11

Les CCSI provinciaux ou territoriaux ou les organismes équivalents doivent examiner les possibilités d'inciter les infirmières à réintégrer le marché du travail.

On peut consulter le rapport complet de La stratégie pour les soins infirmiers au Canada à l'adresse suivante :

http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pour_vous/soins_infirmiers/index.htm



Annexe B : Mandat du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers

Objectifs

Le Comité offrira à la Conférence des sous-ministres de la santé, par l'intermédiaire du Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS), des conseils éclairés sur la mise en œuvre des stratégies présentées dans la Stratégie pour les soins infirmiers au Canada en octobre 2000. Il s'occupera en priorité de présenter des recommandations d'orientation politique visant à améliorer la qualité de vie au travail des infirmières.

Responsabilités

- Formuler des recommandations d'orientation politique visant à améliorer la qualité de vie au travail des infirmières en vue d'offrir un cadre et un contexte pour les stratégies d'amélioration de la vie au travail dans les provinces et dans les territoires.
- Produire, pour la Conférence des sous-ministres de la santé, un rapport écrit présentant des recommandations d'orientation politique fondées sur des faits prouvés ainsi qu'un cadre d'action.
- Soumettre des recommandations et des conseils sur la mise en œuvre efficace d'autres stratégies présentées dans la Stratégie pour les soins infirmiers au Canada, conformément à la demande du CCRHS.
- Établir des liens efficaces avec les groupes, les comités et les organismes pertinents afin de surveiller la coordination des activités et d'apporter de l'information pour les travaux de ce comité.
- Fournir des conseils sur d'autres questions que le CCRHS peut renvoyer au Comité.

Échéancier

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers sera constitué pour une période de douze mois. Son rôle et son mandat seront révisés à la fin de cette période en fonction des besoins à venir.

Composition du Comité

Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers se composera d'un maximum de seize membres. Ces membres seront nommés au Comité par le CCRHS en fonction de leurs connaissances, de leur expérience et de leur expertise conformément aux Critères de mise en candidature. Les membres représenteront largement :

- Les personnes ayant une formation en soins infirmiers et celles qui n'en ont pas;
- Les professions infirmières (infirmières autorisées, infirmières psychiatriques autorisées, et infirmières auxiliaires autorisées);
- La distribution géographique (régionale, urbaine, rurale, éloignée);
- Les milieux de pratique professionnelle (soins actifs, communautaires et à long terme);
- Les points de vue (cliniques, administration/employeurs, milieux de l'éducation et de la recherche, monde du travail, gouvernement).



Quatre des membres proviendront des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Président

Le président du Comité sera nommé par le président du CCRHS parmi les membres du CCCSI.

Mandat des membres

Les membres du Comité devront être disponibles pour toutes les réunions et téléconférences. Le Comité tiendra au moins trois réunions au cours de l'année, chacune durant deux jours, ainsi que des téléconférences à chaque mois.

Ils devront protéger et tenir confidentielle toute information classifiée ou privilégiée qui leur est divulguée dans le cadre des travaux du Comité.

Ils se verront rembourser tous les frais de déplacement et de logement ainsi que les dépenses journalières qu'ils devront engager pour assister à des réunions personnelles ainsi que tous les autres frais préapprouvés et ce, aux taux prévus par le gouvernement.

Soumission de rapports

Le président du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers rencontrera les membres du CCRHS ou produira un rapport à leur intention tous les trois mois. Dans les douze mois suivant sa constitution, le Comité présentera un rapport final à la Conférence des sous-ministres de la santé..

Soutien administratif

Santé Canada assurera le soutien administratif, notamment la préparation des ordres du jour en collaboration avec le président et d'autres membres s'il y a lieu, la préparation de comptes rendus de réunions et l'organisation des téléconférences, des salles de réunion et de l'accueil correspondant.

Budget

Un budget de fonctionnement sera établi pour le mandat d'un an du Comité. Ce budget prévoira les frais de réunions, de déplacement, de traduction, de recherche aux fins de l'établissement de contrats et de rédaction de rapports.



Annexe C :

Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers

Sommaires des projets de recherche commandés

Des versions électroniques des six sommaires de projets de recherche commandés seront accessibles sur demande après la diffusion du rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. Voici la liste de ces six rapports commandés :

- A Catalogue : Current Strategies for Healthy Workplaces
Susan Wagner, University of Saskatchewan, Saskatoon, directrice des recherches
- Full-time Equivalent and Financial Costs Associated with Absenteeism, Overtime, and Involuntary Part-time Employment in the Nursing Profession
Centre syndical et patronal du Canada (Arlene Worstman, directrice des recherches)
- Innovation and Strategies for Addressing Nursing Workload Issues
Andrea Baumann, McMaster University, directrice des recherches
- Nurse Job Satisfaction - Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace
Donna Thomson, University of Toronto, directrice des recherches
- Nurses' Definitions of Respect and Autonomy in the Workplace: Summary of Focus Groups with Canadian Nurses
Ginny Devine, Viewpoints Research, directrice des recherches
- Structures, Power and Respect: The Nurse's Dilemma
Sholom Glouberman, Baycrest Centre for Geriatric Care, directeur des recherches



A Catalogue : Current Strategies for Healthy Workplaces (Catalogue des stratégies suivies pour garantir des milieux de travail sains)

P. Susan Wagner, S. Bookey-Bassett, L. Clement-Gallien, J. Bulter

Sommaire

Ce vaste catalogue décrit les stratégies actuellement suivies au Canada et à l'étranger pour créer des milieux de travail sains qui aient des effets positifs sur la qualité de vie au travail. On y présente 45 organismes qui œuvrent ou non dans le domaine des soins de santé. Les stratégies présentées comprennent l'établissement d'horaires de travail souples, des initiatives d'aide aux familles, les congés et la rémunération, la législation, la santé et le bien-être, le milieu de travail et les pratiques de sécurité, la culture organisationnelle favorable ainsi que le soutien et les initiatives des syndicats et de la direction. On y définit les stratégies propres à chaque catégorie, et des mécanismes d'évaluation et d'amélioration des milieux de travail, y compris certains programmes de qualité liés à la prestation des soins infirmiers et aux milieux des soins de santé. Ce catalogue présente plus d'une soixantaine d'exemples de stratégies innovatrices et l'information permettant de joindre les divers organismes concernés. Chaque exemple comprend le profil de l'organisation, le contexte, la façon dont la stratégie a été mise en œuvre et les résultats obtenus. On y donne également certains exemples de la valeur ajoutée associée à la combinaison de plusieurs stratégies en matière de milieu de travail sain pour en améliorer la qualité.

Les organismes n'ont pas assimilé le concept de «stratégie en matière de milieu de travail sain» aussi bien que celui de «stratégie en matière de milieu de travail de qualité». Bien d'autres initiatives auraient pu se classer parmi les secondes, mais le représentant de l'employeur ne les a pas comprises comme telles. Les stratégies que l'on percevait comme ayant un effet positif sur le personnel sont souvent des initiatives très simples qui semblent découler du bon sens. L'engagement principal des employeurs consiste à apprécier les membres du personnel et à respecter chaque employé plutôt que de se concentrer sur les tâches. Les auteurs de ce projet ont relevé trois niveaux différents d'engagement en matière de milieu de travail sain, soit les cadres supérieurs, la direction intermédiaire et le personnel. La longévité de certaines stratégies était liée à la convergence des trois niveaux à l'appui de la stratégie en question. Afin de gagner la confiance de leurs employés, les cadres supérieurs doivent «joindre le geste à la parole» dans leurs interactions avec leur personnel et dans les décisions qu'ils prennent au sujet de l'organisation.

Répercussion : pour l'exercice de la profession

- Les stratégies visant le milieu de travail doivent être documentées et célébrées, puis mises en œuvre de façon harmonieuse avec la collaboration des syndicats et de la direction.
- Autant les employeurs que les employés doivent faire preuve d'un engagement soutenu en matière de stratégies de milieux de travail sains pour qu'ils deviennent des «milieux de travail de choix».
- Les facteurs contribuant à une bonne mise en œuvre de stratégies visant un milieu sain et présentés dans ce projet confirment ceux que présente le Centre syndical et patronal du Canada (1997a), soit :
 - o Un choix autant pour le travailleur que pour l'employeur;
 - o La certitude et la prévisibilité pour l'employeur et pour l'employé;
 - o La résolution des questions sur la qualité de vie profite autant à l'employeur qu'à l'employé;



-
- o Le fait de travailler selon les contraintes imposées;
 - o L'importance de faire des compromis entre la sécurité (d'emploi) et la productivité (profits);
 - o L'acceptation de processus : les méthodes mixtes réussissent le mieux;
 - o L'éducation et la préparation d'une culture du changement pour les gestionnaires et les travailleurs;
 - o Le rôle possible des gouvernements en faveur des entreprises et des employés (p. 62).

Répercussions : pour la recherche

- Il faut étudier plus en profondeur la relation entre l'employé et le client ou les facteurs de service en relation avec les résultats organisationnels.
- Il faut mener des études de cas détaillées afin de mieux comprendre les processus de mise en œuvre qui font partie de l'apprentissage et du changement comportemental au sein d'un organisme.
- Il faut créer des outils plus sensibles pour améliorer la qualité du milieu de travail et mesurer les effets de chaque stratégie en matière de milieu de travail.
- Il faut compiler des données plus complètes et plus précises sur les ressources humaines au sein des organismes et entre ces derniers pour évaluer les effets de chaque stratégie.

Répercussions : pour les politiques

- Il faudrait créer des mécanismes permettant d'échanger les stratégies, les données et les connaissances actuelles entre les organismes et les secteurs.
- Il faudrait célébrer plus souvent la qualité et l'excellence du milieu de travail.
- Les syndicats, les employeurs et les gouvernements devraient créer conjointement des mécanismes et des processus permettant d'adapter les conventions collectives et les lois en vigueur à la création d'un plus grand nombre de milieux de travail de qualité.
- Les organismes qui envisagent de restructurer ou de réduire leur effectif devraient faire participer leurs employés à la planification des changements organisationnels et à la reconception des emplois.
- Il faudrait encourager les organismes qui financent la recherche à maintenir leurs priorités sur les questions relatives à l'étude des ressources humaines.
- Les gouvernements fédéral et provinciaux devraient envisager d'adopter des lois qui appuient et encouragent des régimes de travail plus souples et le maintien de l'équilibre entre la vie au travail et la vie au foyer pour toutes les catégories d'employés.

Répercussions : pour les infirmières

- Il faudrait élaborer une stratégie et des mécanismes de cueillette et de diffusion continues de l'information sur la main-d'œuvre infirmière et les lieux de travail.
- Les décisions relatives aux mécanismes de diffusion sur Internet, par documents imprimés ou en personne, devraient être prises en visant un accès très ouvert à l'information.



-
- Il faudrait négocier et établir des liens entre les organismes de soins infirmiers et des centres d'information sur les ressources humaines pour les professions et les milieux de travail qui présentent des caractéristiques semblables à celles du secteur des soins infirmiers.
 - Il faudrait produire des documents imprimés sur les questions de ressources humaines en soins infirmiers et les milieux de travail sains pour les infirmières et en assurer une large distribution.

Les auteurs de ce projet ont recueilli plus de soixante exemples de stratégies visant à créer un milieu de travail sain actuellement suivies dans un éventail très vaste d'organismes. En faisant connaître et en célébrant ces initiatives visant un lieu de travail positif, on espère stimuler l'intérêt et orienter autant les employés que les employeurs qui désirent créer des milieux de travail plus accueillants. Si les employeurs, les syndicats et les gouvernements continuent d'utiliser et d'accepter progressivement ces stratégies, les employés canadiens réussiront à mieux équilibrer leur vie au travail et leur vie au foyer.



Full-Time Equivalent and Financial Costs Associated with Absenteeism, Overtime, and Involuntary Part-Time Employment in the Nursing Profession (Les coûts d'équivalent temps plein et financiers liés à l'absentéisme, aux heures supplémentaires et à l'emploi à temps partiel involontaire dans la profession des soins infirmiers)

Arlene Wortsman and Clarence Lochhead, Centre syndical et patronal du Canada

Sommaire

En réponse à la pénurie actuelle et émergente des infirmières au Canada, la Stratégie pour les soins infirmiers au Canada a été élaborée afin de renforcer et de maximiser les ressources humaines en soins infirmiers en mettant en œuvre des initiatives variées, bien planifiées, éclairées et à long terme, de recrutement et de rétention du personnel. Dans le cadre de cette stratégie, on a créé le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) chargé de présenter des recommandations pour améliorer la qualité de vie au travail des infirmières canadiennes. Afin d'appuyer ses travaux, le Comité a commandé un certain nombre d'études visant à mieux comprendre un groupe choisi d'enjeux. Ces études étaient axées notamment sur les coûts financiers des heures supplémentaires, l'utilisation d'infirmières engagées par des agences, l'absentéisme et le roulement du personnel.

Cette étude avait pour objectif principal d'estimer de manière quantitative la portée et les coûts liés à l'absentéisme, aux heures supplémentaires et à l'emploi à temps partiel involontaire. Elle examine également les questions du roulement du personnel et de l'utilisation d'infirmières engagées par des agences au sein de la profession des soins infirmiers.

Méthodologie

La recherche s'inspire avant tout des fichiers de micro-données publiés par l'Enquête sur la population active (EPA) de Statistique Canada. Aux fins de cette analyse, on a utilisé les douze enquêtes EPA mensuelles de l'année civile 2001 pour estimer les heures supplémentaires, l'absentéisme ainsi que l'emploi à temps partiel et temporaire dans le domaine des soins infirmiers. Le fichier de micro-données de l'EPA présente trois catégories principales de professions des soins de santé liées aux infirmières :

- Les infirmières chefs et les infirmières autorisées;
- Les professions techniques et apparentées dans le domaine de la santé (y compris les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières autorisées);
- Les professions de soutien aux services de santé (y compris les aides-infirmières et les préposées aux soins).

Nous n'avons tenu compte que de la première de ces catégories (infirmières chefs et infirmières autorisées). Bien que le CCCSI accorde de l'importance aux caractéristiques d'emploi des autres infirmières, surtout des infirmières auxiliaires autorisées, des infirmières psychiatriques autorisées et des infirmières autorisées, les groupes professionnels généraux présentés dans le fichier de micro-données de l'EPA ne nous ont pas permis de les inclure dans cette analyse.



En 2001, on comptait près de 236 700 infirmières chefs et infirmières autorisées. Ce nombre ne comprend ni les 1900 infirmières chefs et infirmières autorisées sans emploi, ni les 7500 infirmières qui n'étaient pas sur le marché du travail.

La grande majorité des infirmières chefs et des infirmières autorisées (96 p. 100) travaillent dans le secteur de la santé et de l'aide sociale. On estime que 227 400 infirmières travaillent dans ce secteur. De ce nombre, 186 100 sont des employées de la fonction publique, alors que 39 000 sont des employées du secteur privé et 2300 sont à leur compte. Aux fins de la présente étude, nous avons limité cet échantillon aux infirmières chefs et aux infirmières autorisées qui occupaient un emploi dans le secteur public. Ce groupe représente 78,6 p. 100 de toutes les infirmières chefs et infirmières autorisées.

Outre l'analyse de l'EPA, cette recherche comprend une étude de cas menée à l'Hôpital Queensway-Carleton, hôpital communautaire offrant tous les services et comptant 201 lits. On a interviewé des représentants de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO), l'infirmière administratrice de l'unité de chirurgie, la chef d'équipe du Bureau de la dotation ainsi qu'une représentante du Bureau des ressources humaines, afin d'examiner les questions d'heures supplémentaires, d'absentéisme, de roulement du personnel et d'utilisation d'infirmières engagées par des agences.

Infirmières autorisées du secteur public : aperçu des caractéristiques retenues

- Près de 82 p. 100 des infirmières autorisées du secteur public travaillent dans quatre provinces : Ontario (31 p. 100), Québec (25 p. 100), Colombie-Britannique (15 p. 100) et Alberta (10 p. 100).
- La plupart des infirmières autorisées et des infirmières chefs sont des femmes (93 p. 100). Le Québec compte la plus forte proportion d'infirmiers (10 p. 100).
- Quarante-quatre p. cent des infirmières qui travaillent dans le secteur public des soins de santé ont 45 ans ou plus. Vingt-sept p. cent des infirmières dans ce même secteur ont 50 ans ou plus, et 11 p. 100 d'entre elles ont 55 ans ou plus.

De toutes les provinces, la Colombie-Britannique compte la main-d'œuvre infirmière la plus âgée : 34 p. 100 des infirmières de son secteur public de soins de santé ont 50 ans ou plus.

Selon l'EPA, 26 p. 100 des infirmières autorisées travaillant dans le secteur public des soins de santé et l'aide sociale sont des travailleuses à temps partiel (moins de 30 heures par semaine). Ce taux d'emploi à temps partiel est beaucoup plus faible que celui présenté par l'ICIS si l'on se fie à la base de données sur les infirmières autorisées, qui indique que 41 p. 100 des infirmières autorisées travaillent à temps partiel. Cet écart provient de l'utilisation de différentes méthodes de détermination du travail à temps partiel.

Les heures supplémentaires

Incidence des heures supplémentaires. Chez les infirmières chefs et les infirmières autorisées du secteur public dans les domaines de la santé et de l'aide sociale, on compte une moyenne de 38 400 (soit 24 p. 100) d'entre elles qui font des heures supplémentaires rémunérées ou non au cours d'une semaine de 2001. Ce taux est un peu plus élevé que l'incidence d'heures supplémentaires pour le reste de la population active occupée, qui est de 20,5 p. 100.

Dans chaque province, l'incidence des heures supplémentaires est plus élevée chez les infirmières autorisées du secteur public que dans le reste de la population active occupée. Les infirmières du Québec sont celles qui font le moins d'heures supplémentaires (19,7 p. 100), alors que celles de l'Alberta en font le plus (31 p. 100).



Les infirmières chefs et les infirmières autorisées ont plus tendance à faire des heures supplémentaires rémunérées que non rémunérées, par opposition à la tendance décelée dans le reste de la population active occupée.

Les infirmières autorisées de moins de 35 ans du secteur public ont moins tendance à faire des heures supplémentaires (21 p. 100), alors que les infirmières autorisées de 45 à 49 ans ont le plus tendance à en faire (29 p. 100). Les infirmières de tous les groupes d'âge font des heures supplémentaires de façon courante, ce qui correspond à au moins une infirmière sur quatre chaque semaine.

Nombre d'heures supplémentaires. On estime que chaque semaine 38 400 infirmières chefs et infirmières autorisées font en moyenne 6,4 heures supplémentaires, rémunérées ou non.

Le nombre total d'heures supplémentaires (rémunérées et non rémunérées), s'élève à plus de 240 000 heures par semaine, soit 12,7 millions d'heures par année, ce qui correspond à un peu plus de 7 000 postes à plein temps pendant toute l'année.

La plus grande partie de ces heures supplémentaires (72 p. 100) sont rémunérées en argent ou en temps. On estime que ces 9,2 millions d'heures supplémentaires rémunérées équivalent à 5 070 emplois à plein temps pendant toute l'année.

On estime qu'en 2001 les heures supplémentaires ont coûté entre 252,3 millions et 430,8 millions de dollars.

Absence temporaire due aux maladies ou aux blessures

On estime que 13 700 (7,4 p. 100) de toutes les infirmières du secteur public s'absentent chaque semaine en raison des maladies ou des blessures. Ce taux d'absence dû aux maladies ou aux blessures est le plus élevé chez les infirmières autorisées de 55 ans et plus. Les infirmières autorisées qui travaillent à plein temps ont un taux d'absence dû aux maladies ou aux blessures plus élevé de 80 p. 100 que celui du reste de la main-d'œuvre à plein temps (8,1 p. 100 contre 4,5 p. 100).

En comparaison de 47 catégories professionnelles générales, les infirmières chefs et les infirmières autorisées affichent le taux d'absence temporaire dû aux maladies ou aux blessures le plus élevé de tous les groupes.

On estime que les heures perdues à cause des maladies ou des blessures s'élèvent à 311 364 heures par semaine (soit 22,7 heures par infirmière absente). On estime en outre qu'au cours de 2001, on a perdu en tout 16,2 millions d'heures, soit l'équivalent de 8 956 postes d'infirmières à temps plein pendant toute l'année en raison des maladies ou des blessures.

Si le taux d'absentéisme chez les infirmières baissait au même niveau que celui de toute la population active à plein temps (4,5 p. 100), le nombre moyen d'infirmières autorisées absentes chaque semaine passerait de 13 700 à environ 8 400, soit une réduction de 5 300 infirmières absentes chaque semaine. On pourrait regagner 6,3 millions d'heures, soit l'équivalent de 3 481 postes à plein temps pendant toute l'année, en réduisant les taux d'absentéisme causés par la maladie.

Coût des absences dues aux maladies et aux blessures. Les salaires des infirmières absentes s'élèvent chaque année à près de 325 à 440 millions de dollars. Les coûts de remplacement des infirmières absentes pour des maladies ou blessures pourraient s'élever entre 325 millions et 660 millions de dollars par année.



On pourrait considérablement réduire les coûts de remplacement, de 126 à 257 millions de dollars par année, si l'on pouvait réduire le taux d'absentéisme des infirmières malades et blessées à celui de tous les autres travailleurs canadiens. Les employeurs profiteraient directement de l'élimination de ces coûts, qu'ils pourraient alors affecter à l'engagement d'autres infirmières.

Emploi à temps partiel involontaire

Vingt-six p. cent des infirmières du secteur public travaillent à temps partiel. De ce nombre, 15 p. 100 sont des travailleuses à temps partiel involontaires; autrement dit, elles n'ont pas réussi à trouver d'emploi à plein temps.

Les infirmières autorisées qui travaillent involontairement à temps partiel font en moyenne 22 heures par semaine. Si elles avaient pu travailler à plein temps, elles auraient fait 4,7 millions d'heures de plus en soins infirmiers en 2001, ce qui équivaut à 2 592 postes d'infirmières à plein temps.

Limites de l'étude et travaux à venir

À l'origine, cette étude visait à estimer le nombre de postes équivalents à plein temps que l'on pourrait créer si les infirmières engagées occasionnellement et par des agences pouvaient obtenir des emplois à plein temps. Comme l'enquête sur la population active n'abordait pas le problème des infirmières engagées occasionnellement ou par des agences, il est clair qu'il faudra mener des études plus approfondies à ce sujet.

Résultats de l'étude de cas

L'étude de cas limitée de l'Hôpital Queensway-Carleton a confirmé que les hôpitaux dépensent des montants considérables en heures supplémentaires et à l'achat des services de soins infirmiers. Les résultats de cette étude confirment l'opinion selon laquelle il serait plus efficace et productif de consacrer ces fonds à l'augmentation des ressources dans l'hôpital.



Innovation and Strategies for Addressing Nursing Workload (Innovations et stratégies visant à atténuer la charge de travail des infirmières)

Andrea Baumann and Jane Underwood

Sommaire

L'un des plus grands défis de la profession des soins infirmiers au Canada est le recrutement et la conservation des infirmières dans divers milieux de travail. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers a été créé en vue de conseiller la Conférence des sous-ministres de la santé, par l'intermédiaire du Comité consultatif des ressources humaines en santé. Les enjeux à aborder sont ceux présentés dans la Stratégie pour les soins infirmiers au Canada (Comité consultatif des ressources humaines en santé, 2000) et la priorité à la présentation de recommandations politiques visant à améliorer la vie au travail des infirmières. Pour s'acquitter en partie de ce mandat, le Comité a demandé à l'Unité de recherche sur l'utilisation efficace des infirmières et sur les résultats pour la santé (McMaster University) d'étudier les stratégies sur la charge de travail des infirmières.

Cette étude avait pour objectif de déterminer :

- Ce qu'on entend par la charge de travail des infirmières, et ce que les infirmières entendent par la surcharge de travail;
- La dotation, le potentiel de dotation ainsi que la manière dont on gère la charge de travail dans les milieux de travail de haute qualité;
- Les stratégies qui réussissent à améliorer les problèmes associés à la charge de travail des infirmières.

Conclusion

Conformément aux recommandations du rapport de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) intitulé *Commitment and Care* (Baumann et al., 2001), certaines stratégies évidentes permettent d'améliorer la surcharge de travail dont souffrent un grand nombre d'infirmières au Canada. Les rapports de cette étude, fondés sur un très petit échantillonnage de répondants, ainsi que ceux publiés dans la littérature, sont très encourageants. Il est important de recruter d'une manière réaliste, en tenant compte du temps que les infirmières passeront loin de leur travail pour diverses raisons, afin de toujours disposer de personnel en soins infirmiers pour soigner les patients. On réussira également à atténuer la pression provoquée par la charge de travail en veillant consciencieusement au potentiel de dotation, en encourageant les infirmières, avec les appuis convenables, à établir leurs propres horaires, en poursuivant l'amélioration d'outils de mesure de la charge de travail et en profitant des innovations technologiques. La coopération stratégique fondée sur une bonne communication est un élément important de toute stratégie en matière de charge de travail. La recherche participative est très prometteuse, car elle allie l'expertise professionnelle à celle de la recherche.

Recommandations

Établissement de budgets réalistes pour le personnel

- Incorporer les facteurs de prévision comme l'estimation du roulement du personnel, les périodes de recrutement ainsi que les absences autorisées dans les budgets du personnel infirmier équivalent à temps plein.



Outils de mesure de la charge de travail

- Évaluer les outils de mesure de la charge de travail.
- Inclure les facteurs qualitatifs impondérables dans les formules de mesures de la charge de travail.
 - Calculer les facteurs qualitatifs et les confirmer auprès des comités internes d'analyse de la charge de travail.

Appuyer l'établissement d'horaire personnel

- Inclure la formation sur les rouages et les techniques de négociation ainsi que sur l'élaboration de directives dans les programmes d'établissement d'horaire personnel.

Technologie

- Profiter au maximum de la technologie pour soulager la charge de travail des infirmières.

Appuyer la résolution des problèmes des infirmières face à leur charge de travail.

- Organiser des colloques ouverts dans les lieux de travail pour permettre aux infirmières de discuter des stratégies entre elles.

Soins axés sur les patients

- Mettre en œuvre des stratégies pour que les patients et leurs familles participent aux soins.

Gestion des ressources humaines

- Observer de près les stratégies de rétention du personnel.
- Offrir une formation aux infirmières afin qu'elles acquièrent rapidement de l'expérience et améliorent leur efficacité.

Utiliser des méthodes qualitatives et quantitatives (y compris la recherche d'action participative) en vue d'approfondir les études sur :

- La durée optimale des quarts de travail.
- Le potentiel humain optimal des équipes d'infirmières selon le type de soins à prodiguer aux patients.
- Des études comparatives dans le but de déterminer les stratégies qui réussiront le mieux à alléger la charge de travail des infirmières.



*Nurse Job Satisfaction - Factors Relating to Nurse Satisfaction in the Workplace
(La satisfaction des infirmières au travail - facteurs liés à la satisfaction des infirmières dans leur milieu de travail)*

Donna Thomson, Jodene Dunleavy, Shirliana Bruce

Sommaire

Les chercheurs accumulent de solides preuves sur l'insatisfaction croissante des infirmières quant à leur travail et à la capacité des systèmes de soins de santé d'attirer et de conserver les infirmières dans une ère de pénurie de soins infirmiers. Dans ce rapport, les auteurs approfondissent l'étude de ces preuves en illustrant les points d'intersection des caractéristiques de l'emploi et du milieu de travail avec les mesures de satisfaction au travail dans un groupe d'infirmières affichant des niveaux très élevés ou très faibles de satisfaction. Les résultats qualitatifs améliorent notre compréhension de ce problème. Près de 60 p. 100 des infirmières insatisfaites affirmaient qu'il n'y avait pas assez d'infirmières pour accomplir le travail; 50 p. 100 d'entre elles affirmaient qu'il n'y avait pas assez de services de soutien pour qu'elles puissent consacrer leur temps à prendre soin de leurs patients, et 40 p. 100 d'entre elles avaient observé une augmentation du nombre de patients entre 1997 et 1998. Ces données qualitatives donnent l'impression globale d'un déclin de la qualité des conditions de travail des infirmières, de milieux de travail instables (baisse du moral, rapports tendus), d'une détérioration de la qualité des soins aux patients et d'un soutien insuffisant à la formation. Les infirmières «très insatisfaites» ont deux fois et demie plus tendance à observer une détérioration des soins aux patients dans leur hôpital, à affirmer que la reconnaissance, les niveaux d'autonomie, le leadership et le soutien des administrateurs de leur unité et de leur hôpital sont insatisfaisants, et à afficher des taux beaucoup plus élevés de fatigue émotionnelle et physique.

Après avoir observé pendant des années les conditions se détériorer à la suite des changements obligatoires, les infirmières ont perdu confiance et se sentent impuissantes lorsqu'il s'agit d'exprimer leurs préoccupations ou d'essayer d'améliorer leurs conditions. Beaucoup d'entre elles espèrent tant, mais sans y croire trop, pouvoir faire passer les besoins des infirmières de première ligne et des patients de la périphérie au centre de la prise de décision de leurs établissements. Dans le contexte actuel, deux messages émergent : trop de charge de travail et pas assez de leadership.



Nurses' Definitions of Respect and Autonomy in the Workplace: Summary of Focus Groups with Canadian Nurses
(La définition qu'ont les infirmières du respect et de l'autonomie en milieu de travail : résumé des observations présentées par des infirmières canadiennes dans des groupes de réflexion)

Ginny Devine, Lesley Turnbull

Au nom du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, Viewpoints Research a mené une étude qualitative auprès des infirmières visant à déterminer leur point de vue sur le respect en milieu de travail - comment elles en définissent la notion et quelles répercussions le respect ou le manque de respect en milieu de travail peut avoir sur leur satisfaction et sur leur vie professionnelle. Pour répondre aux exigences de ce projet, on a tenu six réunions de réflexion entre décembre 2001 et janvier 2002, soit deux à Winnipeg, deux à Toronto et deux à Vancouver.

La grande majorité des infirmières participant aux réunions ont dit qu'en général, elles aiment... en fait, qu'elles adorent, leur travail. Toutefois, la plupart d'entre elles ont ajouté qu'elles y ressentent souvent beaucoup d'irritation et de stress. Les infirmières des hôpitaux de Toronto étaient les plus heureuses et satisfaites au travail. Cependant, un grand nombre de participantes de Vancouver, quoique très attachées à leur profession, ont dépeint une image très négative de leurs milieux de travail car, selon elles, on leur manque de respect. La plupart des infirmières de Winnipeg et de Toronto trouvaient qu'en général, on les respecte raisonnablement dans leurs lieux de travail.

- Les infirmières des unités communautaires et médicales, qui font partie d'équipes multidisciplinaires où il est crucial de communiquer et de collaborer, ont dit se sentir très respectées par leurs collègues.
- Les infirmières constatent un manque de respect évident dans les politiques opérationnelles et de ressources humaines élaborées par des administrateurs et des gestionnaires qui ne reconnaissent ni leur niveau élevé de formation professionnelle, ni leur sens des responsabilités personnelles et professionnelles.
- Les participantes s'entendaient sur le fait que les médecins de la jeune génération sont plus respectueux que ceux des générations précédentes. L'une d'elles a aussi suggéré que les récentes diplômées ont plus confiance en elles que les plus anciennes, et qu'elles s'attendent à ce que les professionnels qui travaillent avec elles les respectent. Les participantes ont fait remarquer que les médecins de certaines spécialités, comme les cardiologues et les chirurgiens, sont beaucoup moins respectueux que les autres envers les infirmières.
- Pour ainsi dire toutes les infirmières ont dit qu'elles sont souvent surchargées de travail à cause du manque de personnel, ce qui les empêche de prodiguer les soins aux patients selon les normes de la profession. De l'avis des participantes, cette situation, qui force les infirmières à effectuer des tâches non liées à leur profession ou du travail que personne d'autre n'est là pour accomplir, constitue en elle-même un manque de respect envers les patients et les infirmières.
- Toutes les participantes ont critiqué les décisions budgétaires qui nuisent aux soins et à la sécurité des patients et le fait que ces décisions sont prises sans consulter les infirmières de première ligne. Selon elles, il s'agit là d'un manque de respect face à l'expérience, à la compétence et à la formation des infirmières.



- Les infirmières sont consternées par la tendance qu'ont les administrateurs à effectuer des changements opérationnels et structuraux dans leurs milieux de travail sans leur demander leur avis; ou s'ils le leur demandent, ils l'ignorent. Elles sont aussi convaincues qu'on tient compte de l'opinion des médecins, mais qu'on méprise la leur.
- Plusieurs infirmières ont indiqué qu'il serait crucial qu'une des leurs les représente au sein des comités principaux de l'hôpital.
- Un grand nombre des participantes considèrent le fait d'être sous la direction de personnes qui n'ont aucune formation en soins infirmiers comme un problème de taille. Elles pensent en effet que ces gestionnaires ne comprennent pas leurs préoccupations à l'égard des soins aux patients et des enjeux opérationnels. Comme exemple de ce manque de compréhension, elles ont cité le fait qu'on s'attendait à ce que les infirmières travaillent dans des domaines où elles ne sont pas spécialisées sans leur donner de formation, ainsi que les heures de visite illimitées.
- Les infirmières qui travaillent dans des unités spécialisées et dans des centres de soins communautaires semblent jouir de plus d'autonomie que les autres. Elles semblent aussi recevoir plus de respect de leurs collègues, des médecins et des autres membres de leurs équipes de soins de santé.
- Les infirmières considèrent leurs salaires insuffisants et les faibles surplus alloués pour une formation ou des responsabilités supplémentaires comme un manque de respect envers leur profession, tout comme le manque de financement pour leur perfectionnement professionnel. Elles s'objectent aussi au fait qu'on s'attend à ce qu'elles suivent des séances de formation pendant leurs dîners et des cours de perfectionnement pendant leurs journées de congé.
- Selon les participantes, on leur manque aussi de respect en s'attendant à ce qu'elles se rendent disponibles pour faire des heures et des quarts supplémentaires, sans tenir compte des exigences de leur vie personnelle.
- Les infirmières font remarquer que les heures supplémentaires excessives et le recrutement de collègues par l'entremise d'agences ne constituent pas une solution durable à la pénurie de personnel. Selon elles, cette politique nuit à la sécurité des patients et mène les infirmières à l'épuisement professionnel, ce qui à son tour cause des problèmes de recrutement et de rétention du personnel.
- Les participantes ont aussi cité comme un manque de respect l'absence de salons de repos confortables pour les infirmières et le fait qu'on n'assure pas à celles qui travaillent de nuit et les fins de semaine l'accès aux mêmes installations, services et soutiens qu'à leurs collègues qui travaillent pendant les heures normales.
- Les infirmières disent que la direction ne reconnaît pas assez leurs contributions, soit sous forme de compliments verbaux, soit en récompense concrètes de leurs efforts. Même de petites choses, comme l'accès gratuit au café le vendredi ou de petites fêtes de temps en temps contribueraient à ce qu'elles se sentent respectées.
- Les participantes ont fait remarquer qu'en tolérant le moindre des mauvais traitements verbaux et physiques infligés aux infirmières, la direction indique qu'elle considère les mauvais traitements comme un risque professionnel plutôt que comme une offense grave.
- Un grand nombre de participantes ont indiqué qu'une des premières mesures à prendre pour rehausser le niveau de respect envers les infirmières et leur profession serait d'inculquer aux médecins, aux autres professionnels de la santé, aux patients et à leurs familles, au grand public et aux décideurs, le rôle important que tient le secteur infirmier dans le cadre du système des soins de santé. Elles ont recommandé qu'on transmette ce message par l'intermédiaire des médias.



-
- Les infirmières reconnaissent qu'elles-mêmes doivent apprendre à mieux se respecter et s'appuyer les unes les autres. Selon les participantes, les syndicats et les associations professionnelles du secteur des soins infirmiers joueraient un rôle crucial pour améliorer cette situation.

Recommandations

Tout au long de ce projet de recherche, les infirmières ont présenté de nombreuses recommandations sur les façons de rehausser le niveau de respect qu'on leur doit dans leurs milieux de travail. On constate un fort consensus chez les participantes quant aux quatre domaines principaux sur lesquels les employeurs du secteur des soins de santé devraient se concentrer afin d'améliorer le niveau de respect envers les infirmières au Canada. Voici leurs quatre recommandations principales :

- Accroître la participation des infirmières à la prise de décisions liées aux soins des patients et aux changements opérationnels et structuraux à effectuer dans les lieux de travail, et leur offrir une représentation au sein des comités des hôpitaux et des gouvernements.
- Augmenter les salaires de base, et mieux rémunérer les postes de superviseuses et d'infirmières spécialisées ainsi que les niveaux de formation supérieurs.
- Offrir des occasions de perfectionnement professionnel et de formation subventionnés pendant les heures rémunérées, mais pas pendant les quarts de jour.
- Maintenir un niveau adéquat de soins aux patients en engageant plus de personnel.



Structures, Power and Respect: The Nurse's Dilemma ***(Structures, pouvoir et respect : le dilemme des infirmières)***

Sholom Glouberman

Sommaire

L'infirmière d'aujourd'hui est actuellement prise au piège dans une tornade de changements. Le domaine de la médecine l'a graduellement transformée en spécialiste administrative, alors qu'elle avait été formée pour dispenser des soins aux patients. Ses chefs la poussent à se perfectionner sur le plan professionnel, alors que les médecins, et elle aussi, doutent de ses qualifications professionnelles. Elle se trouve dans un milieu de travail où les postes les plus prestigieux sont couramment attribués aux hommes. Elle ne reçoit que très peu de prestige professionnel et d'avantages financiers. Tout cela a été maintes fois documenté. On pourrait sans doute élaborer sur le conflit qui fait rage sur la situation des infirmières, et que décrivent les études en cours, mais on comprendra mieux cette situation en observant la manière dont les infirmières s'insèrent dans la tendance à appliquer les connaissances rationnelles à la médecine moderne (Katz 1969, p. 54).

Introduction

Bien que de grands changements soient survenus au cours des 30 dernières années, les difficultés décrites plus haut demeurent. Le vouloir des infirmières chefs de perfectionner le rôle professionnel des infirmières s'oppose au besoin plus fondamental des soins aux patients. Le sentiment profond d'inégalité face à la différence d'appréciation que les gens ont envers les médecins et les infirmières persiste. Il se reflète dans la disparité de la rémunération. En général, les infirmières gagnent à peu près un tiers du salaire d'un médecin spécialiste ordinaire. Cette inégalité est moins évidente, mais tout aussi ressentie, dans le cadre de l'appréciation que l'on a des connaissances des infirmières par rapport à celles des médecins. Pour la grande majorité des infirmières, ces tensions se manifestent au sein des établissements, surtout dans les hôpitaux de soins actifs. Dans les hôpitaux, où près de 70 p. 100 des infirmières travaillent, de nouveaux intervenants, comme différents travailleurs de soins de santé et des administrateurs d'hôpital, se joignent à la lutte sempiternelle entre médecins et infirmières sur la répartition des tâches médicales. La réduction des ressources accroît les tensions et la complexité du problème.

Dans cette étude, nous examinerons les structures dans lesquelles ces différents intervenants se heurtent entre eux et avec les patients, la perception qu'ils ont de leur rôle et la façon dont ils accomplissent leur travail. Nous tenterons de préciser certains des enjeux et d'offrir une orientation éventuelle pour l'avenir.

Objectifs

Notre objectif est de décrire les structures organisationnelles et les rôles qui pourraient faciliter l'accroissement du respect et de l'autonomie professionnels liés au travail des infirmières. Nous suggérerons des mesures à prendre pour créer une telle structure organisationnelle et définirons les obstacles qui pourraient entraver ce processus. Nous déterminerons la façon dont les valeurs de base des différents groupes professionnels entrent en conflit, et nous nous efforcerons de réorienter l'attention de la mission aux soins de santé, notamment l'appui aux besoins du patient et de sa famille, et enfin de proposer un contexte organisationnel susceptible de favoriser la communication et la collaboration.



Questions de recherche

Quelle est l'interaction entre les structures organisationnelles et les professionnels des soins de santé?

Les limites professionnelles et organisationnelles créent des obstacles aux possibilités de coordination du travail et à la collaboration entre professionnels. Nous aborderons cette question en conjonction avec les tâches qu'accomplissent les différents professionnels et en ce qui a trait aux patients et aux relations entre professionnels.

Quelle définition les gens donnent-ils au mot «respect»?

Le manque de précision de la définition que l'on donne au mot «respect» sur les lieux de travail provient en partie des points de vue très divers qu'ont les gens de la nature des soins de santé au sein du système. Une grande partie de notre travail consistera à préciser les différents points de vue sur ce terme.

Quelles politiques tangibles permettraient de changer la situation?

Il est clair qu'il existe certaines normes et politiques en vigueur sur les rôles et les responsabilités de tous les participants d'un milieu de travail du domaine de la santé. Un examen de la documentation nous aiderait à déterminer celles qu'il faudrait renforcer.

Comment placer ces enjeux de manière à les examiner efficacement?

Il est extrêmement important de penser à la manière de corriger les problèmes décrits comme étant critiques afin de rehausser la confiance du public envers le système canadien de soins de santé. Il sera extrêmement difficile de déterminer une façon de penser qui définisse mieux ce lien.

Comment pouvons-nous décrire ces liens afin de vous aider à produire vos rapports finals?

Nous sommes convaincus qu'en définissant et en renforçant les liens entre les soins infirmiers et les autres tâches dans le domaine des soins de santé, nous ferons de grands progrès.

Nous reconnaissons la pertinence des questions posées et en ajouterions d'autres :

- À quel point les problèmes sont-ils liés aux structures?
- À quel point sont-ils liés au manque de respect?
- À quel point sont-ils liés à des charges de travail handicapantes?
- Observe-t-on des facteurs pertinents causant les problèmes actuels du domaine des soins infirmiers?
- Quelles interventions politiques les établissements de soins infirmiers, les gouvernements et les autres professions pourraient-ils effectuer afin de changer la situation?



Annexe D : Structure du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers

Composition

Pour réussir à atteindre les objectifs qu'il s'était fixés, le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers a dû former une équipe adéquate. Dès le départ, on a décidé que plutôt que de se concentrer sur la représentation des divers organismes, le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers devrait rassembler des infirmières et autres experts ayant l'expérience et les connaissances de la qualité de vie au travail, quel que soit l'organisme auquel ils sont liés. On a décidé de choisir les membres en fonction de leurs connaissances et de ce qu'ils pourraient apporter au Comité, et non simplement selon le secteur ou l'organisme qu'ils représenteraient.

En réponse à l'appel de candidatures, le Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS) a reçu 114 noms. On a alors établi un processus de sélection des membres qui représenteraient l'énorme diversité géographique, linguistique et culturelle de notre pays ainsi que la diversité des groupes d'infirmières autorisées, des rôles infirmiers et des milieux d'exercices professionnels, tout en y incluant autant que possible des experts non liés aux soins infirmiers, qui pourraient aider le Comité dans son travail.

On a ainsi recruté 16 membres, dont 12 provenaient de l'extérieur du gouvernement; trois représentaient les gouvernements provinciaux et territoriaux, et un représentait le gouvernement fédéral. La participation de représentants du gouvernement était essentielle, puisque les recommandations du Comité allaient ultimement s'adresser à tous les paliers de gouvernement du pays. Il était donc important qu'ils participent aux travaux du Comité. Toutefois, les représentants gouvernementaux devaient également posséder une compréhension approfondie de la vie au travail et des milieux de travail de qualité, et participer activement aux travaux du Comité (plutôt que de se contenter d'observer).

La composition finale du Comité (voir l'Annexe E) a été approuvée par les sous-ministres et les ministres en mars 2001, puis annoncée au public peu de temps après.

Réunions du Comité

Le Comité a tenu sa première réunion en juin 2001 à Toronto (Ontario). Il a ensuite tenu des réunions de deux jours en novembre 2001 à St-John's (Terre-Neuve) et en mars 2002 à Vancouver (Colombie-Britannique). À chacune de ces réunions, les membres du Comité ont discuté et débattu l'ample documentation sur la vie au travail des infirmières et les milieux de travail de qualité, et ont consulté divers chercheurs et autres experts. Au cours de l'année, les membres du groupe se sont d'abord penchés sur les problèmes - définissant les problèmes clés de la vie au travail et des milieux de travail - puis, en juin 2002, ils ont dressé la liste des recommandations à la base de ce rapport. Le Comité a reçu des mémoires de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada et de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. En outre, plusieurs groupes et intervenants ont été invités, et d'autres ont demandé de pouvoir se présenter devant le Comité (voir l'Annexe F).

Recherche

Afin d'obtenir plus d'information et de mieux comprendre les enjeux choisis, le Comité a commandé six projets de recherche et d'information (voir l'Annexe C). Vu le manque de temps, l'ampleur et la profondeur de ces projets sont limitées. Le Comité a engagé à court



terme des chercheurs d'expérience pour diriger ces projets. Les rapports finals de ces études seront publiés dans un document qui suivra ce rapport; on en trouvera les sommaires à l'Annexe C.



Annexe E : Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers - Liste des membres

Président

DECTER, Michael

Président de Lawrence Decter Investment Counsel Inc.
70 York Street, Suite 1500
Toronto, Ontario
M5J 1S9
Tél. : (416) 362-6569 / Téléc. : (416) 362-0063
decter@lawvest.com

Représentants non gouvernementaux

DESJARLAIS, Joyce, inf. aut., BScN MA.Ed

Coordonnatrice des sciences de la santé
Saskatchewan Indian Federated College
Box 3003
1500 - 10th Avenue East
Prince Albert, Saskatchewan
S6V 6G1
Tél. : (306) 765-3263 / Téléc. : (306) 764-3511
jdesjarlais@sifc.edu

FREDRICKSON, Pat, inf. aux.

Directrice générale
College of Licensed Practical Nurses of Alberta
Suite 230
10403 - 172 Street
Edmonton, Alberta
T5S 1K9
Tél. : (780) 484-8886 / Téléc. : (780) 484-9069
pat@clpna.com

GALLANT, Mae, inf. aut., MSc PhD (Cand.)

Infirmière gestionnaire, Service des soins intensifs
Queen Elizabeth Hospital
Murchison House
PO Box 1929
Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard
C1A 7N5
Tél. : (902) 894-2420 / Téléc. : (902) 894-2918
mhgallant@ihis.org



HEINZIG, Lona, inf. aut., BScN MA

Gestionnaire, Soins ambulatoires
Stanton Regional Health Board
550 Byrne Road - PO Box 10
Yellowknife, Territoires du Nord-Ouest
X1A 2N1
Tél. : (867) 669-4171 / Téléc. : (867) 669-4102
Lona_heinzig@gov.nt.ca

KAY, Kelly, inf. aux.

Sous-directrice exécutive
Registered Practical Nurses Association of Ontario
5025 Orbitor Drive, Building 4, Suite 200
Mississauga, Ontario
L4W 4Y5
Tél. : (905) 602-4664, poste 227 / Téléc. : (905) 602-4666
kkay@rponao.org

LARUE, Marina, inf. aut., BScN

Chef de l'administration des programmes
Responsable des soins infirmiers
CLSC
1, 9e Rue
Rouyn-Noranda, Québec
J9X 2A9
Tél. : (819) 762-5599, poste 45028 / Téléc. : (819) 762-1057
marina_larue@ssss.gouv.qc.ca

MARCHBANK, Michael BA

Président-directeur général
Fraser Valley Health Region
Chilliwack General Hospital
45600 Menholm Road
Chilliwack, Colombie-Britannique
V2P 1P7
Tél. : (604) 556-5082 / Téléc. : (604) 556-5077
Michael.Marchbank@southfraserhealth.com

O'BRIEN-PALLAS, Linda Lee, inf. aut., PhD

Professeure
Faculté des soins infirmiers, University of Toronto
50 St. George Street
Toronto, Ontario
M5S 3H4
Tél. : (416) 978-1967 / Téléc. : (416) 946-7142
l.obrien.pallas@utoronto.ca



RODGER, Ginette Lemire, inf. aut., PhD

Chef des soins infirmiers
L'Hôpital d'Ottawa
Centre d'éducation Patterson
1053, av. Carling
Ottawa, Ontario
K1Y 4E9
Tél. : (613) 761-4976 / Téléc. : (613) 761-5486
grodger@ottawahospital.on.ca

SILAS, Linda, inf. aut., BScN

Coordonnatrice de projets
Hôpital Beauséjour
4, rue de l'Aigle
Grand Barachois, Nouveau-Brunswick
E4P 7G6
Tél. : (506) 862-4890 / Téléc. : (506) 862-4332
lindas@health.nb.ca

STILES, Lynda, inf. psych. aux., BScMH

Program Manager, Centre for Adult Psychiatry
Brandon Regional Health Authority
AP166 - 150 McTavish Ave. E.
Brandon Regional Health Centre
Brandon, Manitoba
R7A 2B3
Tel: (204) 726-2920 / Fax: (204)728-9633
stilesl@brandonrha.mb.ca

Représentants gouvernementaux

FORT, Johanne, inf. aut., MScN

Agente de projets
Ministry of Advanced Education, Training & Technology
Health Occupations Sector
31 - 74 Dallas Road
Victoria, Colombie-Britannique
V8V 1A2
Tél. : (250) 387-2043 / Téléc. : (250) 952-6110
Johanne.Fort@gems7.gov.bc.ca

OKE, Barbara, inf. aut., MHSA

Provincial Nursing Policy Advisor
Department of Health
Joseph Howe Building
1690 Hollis Street, 10th Floor
PO Box 488
Halifax, Nova Scotia
B3J 2R8
Tel: 902-424-5881 / Fax: 902-424-6690
okebm@gov.ns.ca



SHAMIAN, Judith RN PhD

Directrice générale, Bureau de la politique des soins infirmiers
Santé Canada
275, rue Slater, bureau 710
Ottawa, Ontario
K1P 5H9
Tél. : (613) 941-4314 / Téléc. : (613) 952-3077
judith_shamian@hc-sc.gc.ca

ZEGARAC, George BA, MA

Executive Director, Integrated Policy & Planning Division
Ontario Ministry of Health & Long Term Care
2nd Floor, 5700 Yonge Street
Toronto, Ontario
M2M 4K5
Tél. : (416) 327-8319 / Téléc. : (416) 327-5109
george.zegarac@moh.gov.on.ca

Secrétariat et soutien**BRIGHTON, Wayne**

Gestionnaire des projets de recherche

SCHARF, Dianne

Assistante administrative
Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé
Santé Canada
Immeuble Jeanne-Mance
Pré Tunney
Ottawa, Ontario
K1A 1B9
Tél. : (613) 954-8626 / Téléc. : (613) 954-4994
dianne_scharf@hc-sc.gc.ca

VILLENEUVE, Michael RN MSc

Senior Nursing Policy Consultant
Office of Nursing Policy
Health Canada
275 Slater, Suite 710
Ottawa, Ontario
K1A 0K9
Tel: 613-946-3889 / Fax: 613-952-3077
michael_j_villeneuve@hc-sc.gc.ca



Annexe F : Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers - Invités et conférenciers

Réunion de Toronto - Juin 2001

Heather Crawford, Vice-présidente et infirmière chef
Health Sciences Centre
Winnipeg (Manitoba)

Phyllis Giovannetti, Professeure et doyenne associée (Recherche, partenariats et
développement de la Faculté)
Faculté des soins infirmiers
Université de l'Alberta
Edmonton (Alberta)

André Picard, Auteur, journaliste (santé publique)
Globe and Mail
Montréal (Québec)

Shirlee Sharkey, Présidente-directrice générale, St. Elizabeth Health Care
Présidente, L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Thomas F. Ward, Sous-ministre, ministère de Santé de la Nouvelle-Écosse
Président, Comité consultatif des ressources humaines en santé
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Réunion de St. John's - Novembre 2001

Jeanette Andrews, Directrice générale
Association des infirmier(e)s de Terre-Neuve et Labrador
St. John's (Terre-Neuve)

Regina Coady, Présidente, Groupe de travail sur les infirmières et les travailleurs de la santé
non réglementés, Comité consultatif des ressources humaines en santé
St. John's (Terre-Neuve)

Diane Irvine Doran, Professeure agrégée
Faculty of Nursing, University of Toronto
Toronto (Ontario)

Paul Fischer, Directeur général
Council of Licensed Practical Nurses
St. John's (Terre-Neuve)

Heather K. Spence Laschinger, Professeure et doyenne associée
Université Western Ontario
London (Ontario)

Mélanie Lavoie-Tremblay
Université Laval
Québec (Québec)



Susan Wagner, Professeure
University of Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)

Réunion de Vancouver - Mars 2002

Laurel Brunke, Directrice générale
Registered Nurses Association of British Columbia
Vancouver (Colombie-Britannique)

Sholom Glouberman (par téléphone)
Baycrest Centre for Geriatric Care
Toronto (Ontario)

Elma Heidemann (par téléphone), Directrice générale
Conseil canadien d'agrément des services de santé
Ottawa (Ontario)

Bonnie Lance, Présidente
Registered Nurses Association of British Columbia
Vancouver (Colombie-Britannique)

Clarence Lockhead, économiste
Centre syndical et patronal du Canada
Ottawa (Ontario)

Debra McPherson, Présidente
British Columbia Nurses Union
Vancouver (Colombie-Britannique)

Anne Sutherland-Boal, Infirmière chef
Ministère de la santé
Victoria (Colombie-Britannique)

Donna Thomson (par téléphone)
Faculty of Nursing, University of Toronto
Toronto (Ontario)

Leslie Turnbull
Viewpoints Research
Winnipeg (Manitoba)

Jane Underwood, professeure adjointe
School of Nursing, McMaster University
Hamilton (Ontario)

Evelyn Voyageur
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada
Île-du-Vancouver, Colombie-Britannique

Susan Wagner, professeure
University of Saskatchewan
Saskatoon (Saskatchewan)



Notre pays se vante d'être à l'avant-garde, et pourtant nous sommes forcées de travailler vingt à vingt-deux heures sur vingt-quatre ... Il y a une faille fondamentale dans ce système civilisé qui détruit la santé de ses infirmières sur une moyenne de dix ans, et ceci est particulièrement injuste envers une classe de travailleuses qui consacrent leur vie à soulager les souffrances d'autrui.

Lettre à la redaction
The American Journal of Nursing
Mai 1902
Vol. 2, no 8, p. 638