La stratégie pour les soins infirmiers au Canada

Octobre 2000

Comité consultatif sur les ressources humaines en santé

En septembre 1999, la Conférence FPT des ministres de la Santé a chargé le Comité consultatif sur les ressources humaines en santé (CCRHS) de préparer des options pour renforcer les ressources humaines en santé. Le mandat du Comité est de fournir à la Conférence des sous-ministres de la santé des conseils en matière de politiques et d'élaborer des politiques sur les questions des ressources humaines en santé.

À cette fin, le Groupe de travail du CCRHS sur les ressources infirmières, en consultation avec les partenaires du milieu infirmier, a élaboré "La stratégie nationale en matière de soins infirmiers".

TABLE DES MATIÈRES

L'objet de la stratégie pour les soins infirmiers 2

L'objectif de la stratégie pour les soins infirmiers 2

Le cadre de la stratégie pour les soins infirmiers 3

Enjeux et perspectives 4

Planification des ressources humaines en santé dans un système de santé en pleine évolution 5
La formation des infirmières 8
Un milieu de travail de qualité 10
La gestion de la main-d'oeuvre 12
Les connaissances actuelles 14

Stratégies pour le changement 14
Action unifiée 15
Amélioration des données, de la recherche et de la planification des ressources humaines 17
Formation 26
Amélioration des stratégies de déploiement et de maintien de l'effectif 32

Documents de référence 37

Annexe A : Répondants au document de consultation 38

Annexe B : Sommaire des réponses obtenues lors de la consultation 46

Annexe C : Résumé de l'étude Nursing Workforce Study 49

Annexe D : Sommaire des stratégies pour le changement dans le secteur des soins infirmiers 51

L'OBJET DE LA STRATÉGIE POUR LES SOINS INFIRMIERS

Le Canada fait actuellement face à une crise dans le secteur des soins infirmiers, si l'on en juge par l'opinion exprimée à l'échelle du pays, tant dans le système de santé que chez 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 apportée, la qualité du système de soins de santé national risque de se détériorer.

Pour répondre à ces préoccupations, la Conférence des sous-ministres/ministres de la Santé a 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, un sous-comité du Comité consultatif des ressources humaines en santé. Ce document présentait une analyse des diverses perceptions de multiples intervenants et avait pour but de cultiver une compréhension commune de la complexité de l'enjeu. Douze stratégies ont été proposées. Un sommaire des commentaires recueillis dans le cadre du processus de consultation figure à l'annexe B.

Les membres du Groupe de travail étaient chargés de faire en sorte que ce document soit diffusé aux intervenants pertinents représentant les associations professionnelles de personnel infirmiers, la main-d'oeuvre, le secteur de la formation et les employeurs dans chacune des provinces. On a demandé à ces intervenants d'étudier les stratégies proposées et de répondre à deux questions :

- Y a-t-il appui des stratégies proposées?
- Y a-t-il d'autres approches ou suggestions qui méritent attention?

Le Groupe de travail a reçu 90 réponses officielles. Après les avoir examinées, il a produit ce document final, *La stratégie pour les soins infirmiers au Canada*, en vue de le soumettre aux sous-ministres/ministres de la Santé.

L'OBJECTIF DE LA STRATÉGIE POUR LES SOINS INFIRMIERS

L'objectif de la Stratégie pour les soins infirmiers au Canada est d'obtenir et de maintenir un effectif infirmier suffisant, qui a reçu une formation appropriée et qui est réparti de façon à combler les besoins en soins de santé des résidents du Canada.

LE CADRE DE LA STRATÉGIE POUR LES SOINS INFIRMIERS

Le cadre qui suit a servi de fondement à la *Stratégie pour les soins infirmiers au Canada*.

Le document est présenté selon la perspective des gouvernements en tant que responsables du système de santé financé par l'État.

Le présent document a été rédigé en vue d'être soumis aux sous-ministres et ministres fédéraux/provinciaux/territoriaux de la Santé. On y propose des mesures que les gouvernements peuvent mettre en place en tant que responsables du système de soins de santé.

La formation et la prestation de soins de santé sont du ressort provincial/territorial, tandis que le gouvernement fédéral assure le leadership dans ces secteurs.

La réglementation des professions de la santé et la planification, le financement, la gestion et la prestation des soins de santé de même que la formation sont du ressort provincial/territorial. Ceci dit, le gouvernement fédéral joue un rôle non moins essentiel face à cet enjeu d'envergure nationale : assurer le leadership, la coordination des activités et la recherche.

Dans le présent document, le terme « infirmière » est utilisé pour décrire les infirmières autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées.[1]

La main-d'oeuvre infirmière englobe les infirmières autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées. Bien que ces trois groupes jouent un rôle prépondérant dans la prestation des soins, il importe de tenir compte de l'ensemble de leurs connaissances, de leurs compétences et de leurs capacités lorsqu'il s'agit de déterminer la meilleure façon de satisfaire les besoins de la population au chapitre des soins de santé.

La Stratégie pour les soins infirmiers au Canada devrait être fondée sur les principes de la Loi canadienne sur la santé :

- ✓ Universalité
- ✓ Intégralité
- ✓ Transférabilité
- ✓ Financement et administration publics
- ✓ Accessibilité

[1] Étant donné que la main-d'oeuvre infirmière est à prédominance féminine, nous utilisons souvent le terme féminin « infirmière ». Ceci vise simplement à alléger le texte et n'exclut en rien les hommes.

La prestation des soins infirmiers doit être rentable.

Les ressources du secteur de la santé ne sont pas intarissables. Le manque d'efficacité et d'efficience dans les interventions et les soins entraîne un coût d'option élevé. Il est donc essentiel que tous les intervenants cernent les options les plus rentables pour la prestation des soins infirmiers et en fassent la promotion.

La mobilité du personnel infirmier ne devrait pas être restreinte.

Conformément à l'Accord sur le commerce intérieur, on ne devrait pas empêcher les infirmières canadiennes d'exercer leur profession dans la province ou le territoire de leur choix.

Des services de soins infirmiers sûrs et compétents devraient être accessibles à tous les résidents du Canada.

Les services infirmiers jouent un rôle essentiel dans la prestation de soins de qualité et, par conséquent, tous les résidents du Canada devraient y avoir accès.

ENJEUX ET PERSPECTIVES

Il est important d'examiner les perspectives des nombreux intervenants sur les enjeux liés à l'effectif infirmier pour pouvoir cultiver une compréhension commune de leur complexité.

Le personnel infirmier représente environ les deux tiers des professionnels de la santé au Canada. Ce personnel joue un rôle crucial dans le maintien de la haute qualité de notre système de santé et dans la satisfaction des besoins de la population en matière de soins. La confiance du public dans le système de soins de santé canadien est fonction de la confiance qu'il place dans les fournisseurs de soins de santé. Une pénurie d'infirmières et ses répercussions potentielles sur la qualité des soins influent directement sur cette confiance.

Les enjeux relatifs à la main-d'œuvre en soins infirmiers sont extrêmement complexes et changeants et concernent de multiples intervenants, y compris les gouvernements, les employeurs, les associations professionnelles, les syndicats et les éducateurs. L'examen de ces enjeux exige donc la participation et la coopération de toutes ces parties. Bien que tous les intervenants visent le même but — une main-d'oeuvre infirmière stable et compétente — leurs divers rôles et responsabilités font en sorte qu'ils ont chacun leur propre vision sur la façon d'atteindre cet objectif.

On croit fermement que la « crise du secteur des soins infirmiers » s'étend à l'échelle du pays. Pourtant, le sens exact de cette expression ne fait pas

l'unanimité, et les mesures proposées pour régler le problème varient. De nombreux rapports décrivant et analysant ces enjeux ont été publiés, mais ceux-ci reflètent souvent la perspective des organisations qui les ont produits et non pas la synthèse des multiples perspectives. Bien que chaque perspective soit importante, la complexité de l'effectif infirmier exige une solution globale.

L'effectif infirmier, sa qualité et ses compétences de même que son maintien en poste et dans la profession dépendent de nombreux facteurs, y compris les possibilités de formation, les occasions d'obtenir de la formation clinique, les normes d'accès à la profession, le soutien des nouveaux diplômés, l'utilisation efficace des ressources, les possibilités de formation continue, le caractère enrichissant des carrières et le soutien reçu dans le milieu de travail. Ces facteurs sont étroitement liés entre eux. Le sommaire qui suit brosse le tableau des divers enjeux et des perspectives des nombreux intervenants telles qu'elles ont été exprimées lors de la .... (en novembre 1999) et du processus de consultation entrepris par le Groupe de travail sur les ressources en soins infirmiers durant l'élaboration du présent document. Ces perceptions illustrent la complexité des enjeux et la nécessité d'améliorer la coordination et la collaboration.

À moins d'indication contraire, toutes les statistiques citées dans le présent document sont tirées de la *Nursing Workforce Study*[2]. On trouvera à l'annexe C un sommaire de cette étude et une brève description de la méthode utilisée, y compris des limites des données. Il importe de signaler que ce document repose sur un agrégat de statistiques nationales et que les chiffres ne reflètent pas nécessairement la réalité provinciale/régionale. Les lecteurs qui désirent obtenir plus de renseignements sont invités à consulter la *Nursing Workforce Study.*

PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ DANS UN SYSTÈME DE SANTÉ EN PLEINE EVOLUTION

La nécessité d'une planification intégrée

En tant que responsables du système de soins de santé financé par l'État, les gouvernements fédéral/provinciaux/territoriaux jouent ensemble un rôle-clé dans la planification des ressources humaines. Bien que cette planification soit généralement réalisée au niveau provincial/territorial, puisque la santé et l'éducation sont de ce ressort, le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans la coordination des enjeux politiques à l'échelle du pays.

Dans les provinces/territoires, il faut, pour assurer le futur effectif infirmier, une étroite collaboration entre les employeurs, le secteur de la formation, les organismes de réglementation professionnelle et la main-d'oeuvre. Bien que la plupart des ministères responsables de la formation postsecondaire déterminent le

[2] ***Kazanjian, Wood, Rahim-Jamal et MacDonald, 2000.***

nombre de places dans les programmes de formation en soins infirmiers au moyen de leur processus budgétaire annuel, ils doivent travailler en étroite collaboration avec les ministères de la Santé afin de cerner les besoins optimaux. Ils doivent également travailler en étroite collaboration avec les organismes de réglementation professionnelle dans le but de faire approuver les programmes de formation et avec les employeurs du système de santé afin de trouver des stages pratiques appropriés pour les étudiants. Idéalement, tous ces intervenants doivent prendre part au processus de planification des ressources humaines, car chacun joue un rôle prépondérant dans la détermination des besoins en personnel infirmier et dans la satisfaction de ces besoins.

Les répercussions d'un système de santé en pleine évolution

Bien que la planification des ressources humaines en santé ait toujours été une responsabilité conjointe des secteurs de la santé et de la formation postsecondaire et des gouvernements provinciaux/territoriaux, les priorités de ces gouvernements au chapitre de la santé durant la majeure partie des années 90 étaient surtout de respecter les restrictions budgétaires et de réaliser la restructuration et la réforme du système de santé. Nombre de ministères provinciaux de la Santé étaient aux prises avec une vaste restructuration comportant le déplacement potentiel de milliers de travailleurs du secteur de la santé, libérés par la fermeture d'hôpitaux, et la réduction du nombre de lits dans les établissements. Par conséquent, leur attention s'est portée principalement sur les problèmes immédiats de la main-d'oeuvre déplacée plutôt que sur la planification de l'effectif futur et la prévention des pénuries.

Toutefois, d'autres intervenants voyaient plus loin. En 1997, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a produit un rapport qui prévoyait une pénurie d'infirmières autorisées. Cette pénurie prévue aura pour cause la convergence de trois phénomènes :

- ✓ le vieillissement du personnel infirmier, dont une grande partie prendra sa retraite au cours de la prochaine décennie;
- ✓ une population vieillissante qui exigera une quantité accrue de soins infirmiers et de soins de santé;
- ✓ un nombre insuffisant de diplômés en soins infirmiers.

Cette étude a eu pour conséquence de forcer les gouvernements et les employeurs à réfléchir à l'avenir. Elle a amené les gouvernements à aborder la gestion des ressources humaines en santé dans la perspective à long terme qu'il fallait. La restructuration, la réforme et les restrictions budgétaires des années 90 ont abouti à un système de santé bien différent, ayant des besoins bien différents en ressources humaines. Pour répondre à ces besoins, les gouvernements provinciaux et territoriaux commencent à réinvestir dans la planification et le développement des ressources humaines.

La prévision précise de la disponibilité et de la demande en effectif infirmier est un exercice complexe. Si elle doit reposer sur des données solides et une analyse quantitative, elle doit aussi tenir compte de nombreux autres facteurs, tels que la structure future du système de santé, les technologies de la santé et la pratique clinique, la représentation des diverses catégories d'infirmières, les scénarios de déploiement et les pratiques d'utilisation à long terme, en milieu hospitalier et en milieu communautaire. Les résultats seront différents selon les facteurs qui entreront en jeu. Il sera donc impossible de trouver la réponse ou la solution qui permettra de tout résoudre. La planification des ressources humaines doit se faire en intégrant toute l'information disponible, de façon transparente, et en élaborant différents scénarios plausibles reposant sur des données valables et des politiques rationnelles.

Les impératifs d'une saine planification

Bien qu'on reconnaisse de plus en plus que la planification globale des ressources humaines doit être fondée sur des données solides, la récente étude de la main-d'oeuvre en soins infirmiers (*Nursing Workforce Study*) a mis en lumière bon nombre des lacunes courantes des données nationales disponibles. Les données sur l'effectif d'infirmières autorisées se résument à des renseignements sur l'autorisation des infirmières, et l'on observe un manque de données nationales sur les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. Le fait qu'il soit impossible d'assurer le suivi des infirmières de façon précise et continue, depuis leur demande d'admission dans les programmes de soins infirmiers jusqu'à leur retraite, en passant par l'obtention de leur diplôme et leur vie active sur le marché du travail, nuit à l'utilité et à la fiabilité des données courantes. Cela signifie que de nombreuses questions stratégiques fondamentales touchant l'effectif infirmier, le déploiement du personnel infirmier et les allées et venues des infirmières sur le marché du travail et dans la profession demeurent sans réponse. Certaines provinces, telles que la Colombie-Britannique, explorent la possibilité d'établir une série de données minimales. Cependant, en l'absence de données nationales normalisées et complètes, il est impossible d'assurer le suivi de la main-d'oeuvre infirmière dans les différentes provinces, et nos connaissances de l'effectif infirmier demeurent incomplètes. De la même façon, on s'est peu penché sur la prévision des besoins futurs en effectif infirmier; le même genre de mises en garde qui s'appliquent aux projections de l'effectif s'appliquent aussi à cet élément de l'équation.

Par ailleurs, il faut également attirer l'attention sur la recherche en soins infirmiers liée à la main-d'oeuvre, qui se rattache aux enjeux stratégiques actuels, comme la représentation optimale des diverses catégories d'infirmières et les stratégies efficaces de déploiement, et qui reflète aussi le contexte dans lequel s'inscrit le système de santé canadien. Des politiques et des pratiques judicieuses de gestion des soins infirmiers doivent être fondées sur ce type de données. Il faut également améliorer les mécanismes servant à diffuser systématiquement les résultats de la recherche aux gestionnaires et aux planificateurs.

La formation des infirmières

L'intérêt à l'égard de la carrière en soins infirmiers

Dans bon nombre de programmes de formation destinés aux infirmières autorisées, on a observé une diminution du nombre d'inscriptions à la fin des années 90 et, dans certains cas, les établissements de formation ont remplacé ces places en créant d'autres programmes plus en demande. Les programmes de formation des infirmières psychiatriques autorisées ont diminué de beaucoup le nombre de places puisqu'on prévoyait fermer de grands établissements. Toutefois, plus récemment, de nombreux programmes de soins infirmiers ont signalé un regain d'intérêt pour ce domaine d'étude. Malgré cela, on craint que l'augmentation de la capacité de formation requise pour répondre aux besoins futurs en effectif ne dépasse le nombre de candidats qualifiés, à moins que les soins infirmiers ne soient perçus comme un choix de carrière plus positif.

Vu qu'il existe d'autres choix de carrière, en particulier pour les femmes qui composent près de 95 p. 100 des infirmières autorisées, et que la profession d'infirmière a perdu de son éclat aux yeux du public, le secteur de la formation, les associations professionnelles, les employeurs et les organismes de financement doivent peut-être trouver d'autres moyens de rendre la profession plus attrayante afin de trouver des candidats qualifiés pour combler les nouvelles places dans les programmes de formation.

Nouvelles exigences visant l'accès à la profession

Le Projet national sur les compétences infirmières (1997) a été mis sur pied en 1994 face à l'évolution rapide du secteur des soins de santé et au fait que les organismes de réglementation reconnaissaient la nécessité de planifier et de préparer les infirmières à la réforme du système de santé. Ce projet consistait notamment à consulter, à l'échelle du Canada, les infirmières et les autres intervenants dans le but de définir les compétences optimales d'accès à la profession pour les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières autorisées.

À la suite de cette consultation, des examens nationaux refondus pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées seront mis en vigueur en 2000 (pour les premières) et en 2001 (pour les secondes). Ces examens sont basés sur un nouveau profil de compétences adopté par les organismes de réglementation provinciaux. Ces nouvelles compétences tiennent compte des changements observés sur le plan de la démographie et des besoins de la population en matière de santé, ainsi que de l'évolution de la pratique des soins de santé. Elles sont moins axées sur la prestation de soins de soutien et de soins curatifs aux patients en établissement et davantage sur le continuum de soins de santé, l'intégration de la pratique communautaire et une définition élargie de la clientèle qui inclut les groupes, les collectivités et la population. De même, elles

mettent davantage l'accent sur les patients âgés, révélant ainsi l'évolution de la démographie des soins de santé et de la population. Par ailleurs, l'inclusion de compétences particulières liées aux déterminants de la santé, aux partenariats, au leadership, à la défense des droits et à la pratique basée sur l'expérience clinique est une indication de l'évolution de la culture des milieux où s'exerce la profession.

Exigences d'un système de santé en évolution

Bien que les changements apportés aux compétences des infirmières et à l'accès à la profession devraient permettre de faire face aux nouvelles tendances dans la prestation des soins, le système de santé évolue plus lentement que prévu. Environ 12 % des infirmières autorisées ont déclarées avoir trouvé un emploi dans le secteur communautaire en 1997, ce qui représente une augmentation par rapport à 1990; mais cette augmentation est plus faible que celle que laissaient prévoir les nombreuses initiatives en santé. Les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers continuent d'employer près de 75 % des infirmières autorisées; c'est également dans ces établissements que les diplômés font leurs premières armes sur le marché du travail.

Dans le secteur des établissements, plusieurs facteurs ont contribué à l'évolution de la pratique des soins infirmiers. Ainsi, le niveau plus élevé des soins exigés par les patients, résultant de la diminution du nombre de lits et de la réduction de la durée moyenne de séjour, et l'introduction de nouvelles technologies et de nouveaux traitements ont eu des effets importants sur la pratique des soins infirmiers, exigeant de plus grandes compétences, une certaines autonomie et la capacité de travailler avec des équipes multidisciplinaires.

Plus de 90 % des infirmières qui ont trouvé un emploi dans leur profession détiennent un diplôme en techniques infirmières. Même si le baccalauréat constitue la norme d'accès à la profession dans la plupart des provinces, il faudra attendre de nombreuses années avant que les nouveaux diplômés forment le groupe représentatif du marché du travail. La très grande majorité des infirmières autorisées employées dans les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers ont reçu une formation en techniques infirmières. Bien que l'expérience soit un atout pour la pratique des soins infirmiers, il faut admettre que cette main-d'oeuvre doit compter sur la formation continue et les possibilités de formation spécialisée pour acquérir les connaissances et les compétences nécessaires pour satisfaire aux exigences de la pratique résultant de l'évolution des soins de santé.

Les possibilités de formation continue et de formation sont un facteur important non seulement pour la qualité des soins, mais également pour la qualité de la vie au travail. Si les infirmières veulent posséder les compétences voulues, c'est aussi bien pour être en mesure de fournir des soins appropriés que pour combler leurs besoins sur le plan de la satisfaction professionnelle. Comme la majorité des infirmières autorisées ayant trouvé un emploi dans leur domaine détiennent un diplôme qui sera suffisant pendant de nombreuses années, il est essentiel de

veiller à ce qu'il existe des mécanismes et des ressources leur permettant d'acquérir les compétences dont elles ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches maintenant. En outre, il importe de trouver des moyens de combler leurs attentes personnelles en ce qui a trait à la satisfaction professionnelle et à la prestation de soins sûrs et de qualité aux patients.

Stages pratiques et soutien adéquats

Depuis plusieurs années, les employeurs craignent que les nouveaux diplômés n'aient pas les compétences et capacités nécessaires pour intégrer directement la main-d'oeuvre sans soutien significatif de leur part. Ces inquiétudes peuvent avoir pour origine différents facteurs. S'il est vrai que les besoins des patients en matière de soins ont changé, les charges de travail élevées et l'augmentation du niveau de soins aux patients font en sorte que les employeurs ont de la difficulté à offrir un soutien aux nouveaux diplômés. La majorité des nouveaux diplômés ne peuvent plus trouver de postes permanents à plein temps et sont souvent appelés à occuper des postes temporaires qui n'offrent pas la stabilité et le soutien leur permettant de faire la transition entre les connaissances théoriques et la prestation de soins directs aux patients.

Pour pouvoir acquérir des compétences en soins infirmiers, il faut suivre des stages pratiques. Toutefois, de nombreux établissements de formation ont indiqué qu'il était de plus en plus difficile d'offrir aux étudiants de telles possibilités. Les employeurs signalent qu'en raison de la charge de travail élevée et de l'augmentation du niveau de soins aux patients, ils ont de la difficulté à offrir aux nouveaux diplômés des stages pratiques de qualité et du soutien. Or, ce genre d'aide est essentiel pour combler les attentes des employeurs à l'égard d'un effectif prêt à entrer en fonction. On pense également que de telles possibilités d'apprentissage et de soutien contribuent au maintien de l'effectif, en aidant les étudiants à effectuer la transition entre le milieu scolaire et le milieu clinique.

Un milieu de travail de qualité

Facteurs importants pour le recrutement et le maintien de l'effectif des infirmières

Tous les syndicats et associations d'infirmières font état d'une détérioration de la qualité du milieu de travail pour le personnel infirmier. De l'avis général, la qualité de vie au travail est l'un des principaux facteurs influant sur le recrutement et le maintien de l'effectif; il a donc des répercussions sur la disponibilité actuelle et future d'infirmières.

La qualité de vie au travail dépend de nombreux facteurs, dont la plupart sont interdépendants. La diversité de la main-d'oeuvre infirmière et des milieux de pratique signifie qu'il faut se pencher non pas sur une seule question liée à la vie au travail, mais sur une myriade de questions, chacune contribuant à sa façon à la satisfaction professionnelle. Parmi ces questions, mentionnons les suivantes : une

charge de travail appropriée, le leadership professionnel et le soutien clinique, une formation continue adéquate, la mobilité professionnelle et la mobilité verticale, des horaires variables et des possibilités de déploiement, le respect professionnel, la protection contre les blessures et maladies professionnelles et des salaires intéressants.

À titre d'exemple, les infirmières et les employeurs ont indiqué que la réduction du nombre de lits dans les hôpitaux, conséquence des compressions budgétaires des années 90, a entraîné une diminution de la durée de séjour dans nombre d'établissements et, par ricochet, une augmentation du niveau de soins moyens aux patients tant dans les établissements qu'en milieu communautaire. Il y a tout lieu de croire que tous ces facteurs, auxquels s'ajoutent le recours accru à une technologie de pointe, un plus grand nombre de patients atteints de maladies chroniques et souffrant en même temps d'autres affections et une population vieillissante, ont augmenté la charge de travail des infirmières et les compétences dont elles ont besoin. Cependant, on n'a pas déterminé le ratio approprié infirmière-patients dans ce contexte et, comme on l'a déjà mentionné, les programmes de formation continue n'ont pas progressé au même rythme que les besoins.

Toujours en raison des compressions budgétaires, de nombreuses provinces ont éliminé les postes d'infirmières-chefs et d'infirmières cliniciennes spécialisées ou en ont considérablement réduit le nombre. Ces changements ont entraîné une diminution du soutien professionnel et clinique offert aux infirmières et un transfert de la responsabilité des tâches administratives, tels que l'aménagement des horaires, aux infirmières de première ligne. De plus, les coupures les plus importantes dans les postes hospitaliers, effectuées au cours de la restructuration des années 90, ont affecté principalement le personnel non infirmier, tel que les commis et les préposés aux soins; une bonne partie de ces fonctions non liées aux soins infirmiers ont donc dû être transférées elles aussi aux infirmières.

Par ailleurs, la tendance à favoriser le travail occasionnel a également été citée comme une importante préoccupation liée à la qualité de vie au travail, de même que le fait qu'on ait besoin d'un plus grand nombre d'infirmières pour s'acquitter des tâches. D'un côté, ce genre de déploiement affecte particulièrement les nouvelles infirmières puisqu'il les prive d'un milieu de travail stable et d'une supervision clinique. D'un autre côté, les infirmières qui en sont à différents stades de leur carrière et de leur vie familiale souhaitent profiter de différentes formules de travail. Selon elles, des horaires de travail souples permettant de répondre à leurs besoins constituent un facteur déterminant de la qualité de vie au travail.

Les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées partagent l'opinion de leurs pairs en ce qui concerne la détérioration de la qualité de vie au travail. Les associations d'infirmières auxiliaires autorisées se préoccupent également du fait que leurs membres ne sont pas exploitées à leur plein potentiel dans le milieu hospitalier et sont d'avis qu'il est important de déterminer la représentation optimale des différentes catégories d'infirmières -- le rapport

infirmières autorisées-infirmières auxiliaires autorisées -- lorsqu'on se penche sur la qualité de vie au travail.

La gestion de la main-d'oeuvre

Pénurie d'infirmières

À la suite de la réforme et de la restructuration du système de santé et des compressions budgétaires, les employeurs d'un bout à l'autre du pays signalent qu'ils sont incapables de recruter des infirmières pour combler les nouveaux postes créés grâce aux augmentations récentes du financement gouvernemental des soins de santé. Il est impossible de déterminer l'étendue de cette pénurie puisque les postes vacants ne sont plus consignés de façon systématique; cependant, les rapports des employeurs laissent peu de doute quant à la gravité de la situation dans de nombreuses provinces. L'ampleur de la pénurie varie d'une province à l'autre. On constate qu'il est difficile de recruter des infirmières pour doter des postes occasionnels, des infirmières autorisées ayant reçu une formation spécialisée dans des domaines tels que les soins intensifs, la psychiatrie et les soins d'urgence, ainsi que des infirmières ayant les compétences et les capacités voulues pour exercer leur profession de façon autonome et dans une région éloignée.

Par ailleurs, dans les quatre provinces de l'Ouest, les employeurs font observer que le recrutement d'infirmières psychiatriques autorisées devient de plus en plus laborieux. En effet, les menaces de fermeture de grands établissements ont eu pour conséquences de miner la perception de sécurité d'emploi dans ce secteur et de réduire la demande de formation en soins infirmiers psychiatriques au cours des années 90. En conséquence, plusieurs programmes de formation ont réduit leur nombre de places. Toutefois, le rôle des infirmières psychiatriques autorisées s'est élargi de façon à inclure les unités de psychiatrie des hôpitaux de soins actifs, les maisons de soins infirmiers et les programmes communautaires de santé mentale; il en est résulté une hausse marquée de la demande pour ce genre d'infirmières.

Les employeurs soutiennent aussi que la gestion de la main-d'oeuvre infirmière est devenue de plus en plus complexe depuis l'imposition des compressions budgétaires et la restructuration du secteur de la santé au cours des années 90. Les accords de travail et les conventions collectives conçus pour protéger la sécurité d'emploi du personnel infirmier pendant la phase de restructuration ont réduit la souplesse avec laquelle les employeurs peuvent gérer la main-d'oeuvre. Ces ententes protégeaient les travailleurs en mettant l'accent sur l'importance des droits d'ancienneté et en introduisant des dispositions plus compliquées et plus précises visant la cessation d'emploi ou le transfert d'employés. Elles ont peut-être, sans que ce soit voulu, contribué à la tendance visant à favoriser le travail occasionnel, étant donné que les employeurs ont cherché à conserver une certaine souplesse sur le plan de la gestion de la main-d'oeuvre tout en faisant face aux restrictions budgétaires encore plus rigoureuses imposées par les gouvernements.

Dans certaines provinces, des conventions collectives plus récentes ont instauré des dispositions complexes sur l'aménagement des horaires et le rappel au travail, réduisant davantage la latitude avec laquelle les employeurs peuvent gérer dans le contexte d'une pénurie d'infirmières.

Par ailleurs, les employeurs continuent à embaucher un grand nombre d'employés occasionnels et d'employés à temps partiel, soit disant pour conserver une certaines souplesse sur le plan de la dotation. Or, il est prouvé que cette approche du déploiement n'est pas la plus efficace. Une proportion élevée d'employés à temps partiel et d'employés occasionnels exige un plus grand nombre d'infirmières, peut obliger les infirmières à faire davantage d'heures supplémentaires lorsqu'il est impossible de trouver suffisamment de personnel et alourdit le fardeau administratif des infirmières qui doivent gérer les horaires et les rappels au travail.

Les associations et les syndicats infirmiers ont fait ressortir la nécessité de créer des emplois à plein temps pour les nouveaux diplômés qui s'attendent toujours à trouver un poste en soins directs dans les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers dès qu'ils entrent sur le marché du travail. De plus, ces nouveaux diplômés ont aussi besoin de débouchés offrant de la stabilité et un bon niveau de supervision, qui leur permettent de faire la transition entre les études et le travail. Il a été signalé que la disponibilité de postes permanents, soit à temps partiel, soit à plein temps, était également un facteur déterminant de la qualité de vie au travail pour toutes les infirmières.

Représentation des compétences

Pour les employeurs, il est difficile d'établir un juste équilibre entre le nombre d'infirmières autorisées et le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées (ainsi que la représentation appropriée des autres groupes d'infirmières non réglementés, tels que les préposés aux soins). Si la majorité des provinces et territoires reconnaissent la profession d'infirmière auxiliaire autorisée, on ne fait pas appel à elles de façon uniforme au pays, et celles-ci déclarent être souvent affectées à des fonctions inférieures à leur niveau de compétence. Le fait qu'il n'y ait pas eu de véritables études sur la pertinence des différents niveaux de représentation des catégories d'infirmières a contribué aux tergiversations actuelles sur l'utilisation appropriée des infirmières auxiliaires autorisées et peut avoir empêché les employeurs de saisir l'occasion d'exploiter au maximum les compétences de ce groupe tout en les incitant à augmenter leur effectif d'infirmières autorisées. Comme on l'a déjà fait observer, les associations d'infirmières auxiliaires autorisées s'inquiètent également du fait que le plein potentiel de leurs membres ne soit pas exploité sur le marché du travail et ont fait valoir que l'un des moyens de régler les problèmes actuels dans le secteur des soins infirmiers consiste à déterminer la représentation optimale des catégories d'infirmières.

Les connaissances actuelles

Recherche actuelle

La *Nursing Workforce Study* a été réalisée par l'Unité des ressources humaines du secteur de la santé de la University of British Columbia à la demande du Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS). Cette étude fournit des données sur la main-d'oeuvre infirmière au Canada, mais principalement sur les infirmières autorisées, car il existe davantage de données sur ce groupe que sur les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. Il s'agit là d'un problème sur lequel il faut se pencher puisque la planification globale de la main-d'oeuvre doit inclure tous les groupes d'infirmières et être fondée sur des données.

La Nursing Workforce Study présente des données qui font état des nombreuses préoccupations des employeurs, des associations professionnelles et des syndicats. La formation du personnel infirmier n'est pas proportionnelle à la croissance de la population, et la cohorte actuelle d'infirmières vieillit. On constate une tendance marquée vers la réduction du nombre de postes à plein temps et l'augmentation du travail à temps partiel et occasionnel. Les données révèlent également une augmentation de l'emploi en milieu communautaire, bien que cette augmentation se soit produite à un rythme beaucoup plus lent que prévu. Le taux d'utilisation variable des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières psychiatriques autorisées, selon les différentes régions du pays, nous amène à nous demander si toutes les catégories d'infirmières sont exploitées à leur plein potentiel. Certaines de ces constatations fondamentales sont analysées de façon plus détaillée dans la prochaine section de ce rapport.

STRATÉGIES POUR LE CHANGEMENT

Les stratégies pour le changement proposées dans La stratégie pour les soins infirmiers au Canada sont classées selon les principaux enjeux suivants, indiqués dans la section précédente :

- ✓ 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 de fait que l'élaboration et la mise en oeuvre de chacune d'entre elles nécessiteront les efforts unifiés de tous les intervenants. Pour chaque stratégie, on indique le principal responsable et le moment proposé pour l'intervention.

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les intervenants devront examiner les répercussions financières des stratégies afin de dresser la liste des sources potentielles de financement et de respecter les contraintes budgétaires. Les coûts estimatifs des stratégies ponctuelles relevant du gouvernement fédéral sont également indiqués.

I. ACTION UNIFIÉE

Le bref sommaire des enjeux et des perspectives présenté dans la section précédente illustre bien la complexité de la situation à laquelle fait face le secteur des soins infirmiers. Les enjeux sont multiples, et les divers intervenants ont parfois des perspectives différentes sur le même enjeu. On ne pourra composer efficacement avec ces enjeux sans une action coordonnée et conjointe reconnue.

STRATÉGIE 1

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/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. En 2000-2001, le rôle principal du CCCSI consistera à proposer des moyens d'améliorer la qualité de vie au travail pour les infirmières et à donner des conseils sur le soutien de la mise en oeuvre des autres stratégies énoncées dans La stratégie pour les soins infirmiers au Canada.

Points clés :

Le CCCSI se consacrera au départ à élaborer, pour l'ensemble du Canada, une série d'orientations stratégiques fondées sur des données établies, visant à améliorer la qualité de vie au travail des infirmières et témoignant d'une perspective intégrée des intervenants. Ce cadre stratégique fournira le contexte des activités connexes qui seront entreprises au niveau provincial/territorial.

Le CCCSI, qui agira en tant que groupe de référence, fournira des conseils et du soutien, fondés sur une perspective intégrée des intervenants, pour la mise en oeuvre d'autres stratégies énoncées dans le présent document (p. ex. amélioration des bases de données sur les soins infirmiers).

Le CCCSI travaillera en étroite collaboration avec d'autres comités et organismes pertinents (p. ex. les responsables de l'Étude sectorielle, le Groupe de travail sur les soins primaires, le Comité consultatif sur les services de santé et le Comité consultatif sur l'infostructure de la santé) afin de veiller à la coordination des activités.

Le CCCSI relèvera du CCRHS auquel il remettra un rapport sur ses progrès moins d'un an après sa mise sur pied. Le CCRHS soumettra ce rapport à la Conférence des sous-ministres dès qu'il en aura l'occasion.

Le CCCSI recevra un mandat de douze mois. Les besoins courants ainsi que le rôle et le mandat du comité seront réexaminés à la fin de cette période.

Le CCCSI aura besoin de ressources pour ses déplacements et ses activités de secrétariat et de recherche.

Les membres seront nommés à ce Comité par le CCRHS, suivant un processus de mise en candidature. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux seront invités à proposer un nombre fixe d'« experts » représentant les principaux groupes d'intervenants, y compris les gouvernements, les trois groupes d'infirmières (c.-à-d. les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées), le secteur de la formation en soins infirmiers, la main-d'oeuvre et les employeurs. On choisira les membres de manière qu'ils soient représentatifs des milieux hospitaliers, des soins prolongés et de la pratique communautaire.

Le CCCSI sera composé d'un maximum de 15 représentants.

Principal responsable : CCRHS
Moment de l'intervention : immédiatement

STRATÉGIE 2

Un Comité consultatif sur les 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.

Points clés :

Il est reconnu que certains territoires et provinces ont déjà en place des organismes ou processus équivalents, qui peuvent servir à ces fins.

Principaux responsables : représentants provinciaux/territoriaux du CCRHS
Moment de l'intervention : immédiatement

II. AMÉLIORATION DES DONNÉES, DE LA RECHERCHE ET DE LA PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES

Comme on l'a mentionné précédemment, il est difficile de répondre à des questions apparemment simples concernant l'effectif infirmier actuel en raison du manque de données nationales. Les auteurs de la *Nursing Workforce Study* ont examiné les données disponibles sur l'effectif infirmier dans les provinces et les territoires afin de dégager de l'information de base sur la formation du personnel infirmier (âge, type et lieu) et sur sa situation professionnelle (déploiement, domaines de responsabilités, types de postes, heures de travail). L'étude s'appuyait sur des données recueillies par des organismes de réglementation dans le cadre de leurs activités d'autorisation et de renouvellement des autorisations. Le tableau 1 illustre nombre des changements qui sont intervenus au sein de la main-d'oeuvre infirmière autorisée entre 1990 et 1997.

Les données sur le droit de pratique des infirmières autorisées proviennent de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé, tandis que l'information relative aux infirmières auxiliaires autorisées et aux infirmières psychiatriques autorisées provient directement des organismes de réglementation provinciaux. Il convient de noter qu'il n'existe aucun système national de collecte des données sur ces deux catégories d'infirmières et, en conséquence, aucune structure normalisée pour la collecte et la production de rapports sur ces données. Les données demandées n'étaient donc pas toutes disponibles pour ces deux groupes d'infirmières. Donc, si les questions qui touchent les infirmières autorisées semblent dominer l'analyse, c'est en raison du manque de données sur les autres groupes d'infirmières.

Pour autant que les données disponibles le permettent, la *Nursing Workforce Study* constitue un examen approfondi de la transformation de la main-d'oeuvre infirmière au cours de la dernière décennie. Les statistiques qu'elle présente corroborent bon nombre de préoccupations qui ont été soulevées au sein du système de santé. En 1997, on comptait moins d'infirmières autorisées actives par 10 000 habitants que sept ans plus tôt, et un pourcentage moins élevé d'infirmières autorisées était présent sur le marché du travail.

Le vieillissement de l'effectif infirmier apparaît d'emblée, comme l'illustre la diminution du nombre d'infirmières de moins de 35 ans et l'augmentation du nombre d'infirmières de plus de 45 ans.

Durant la période examinée, le travail occasionnel a augmenté pour atteindre plus de 18 % chez les infirmières autorisées actives, ce qui représente presque une infirmière sur cinq. Bien que l'emploi dans la communauté ait presque doublé pendant cette période, seulement 12,83 % de toutes les infirmières autorisées actives y oeuvraient en 1997, tandis que les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins prolongés employaient plus de 73 % des infirmières autorisées.

Le nombre d'infirmières occupant des postes administratifs, telles que les infirmières-chefs et les infirmières cliniciennes, a baissé. Le nombre d'infirmières autorisées se consacrant à l'enseignement a également diminué, comme le nombre d'infirmières se consacrant aux soins directs. Le nombre d'infirmières autorisées détentrices d'un baccalauréat a augmenté d'à peine plus de 2 %, et un peu plus de 90 % des infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers possédaient un diplôme de techniques infirmières.

TABLEAU 1

Infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers en 1990 et 1997, par facteurs choisis

Partie A (comprend le Québec)	1990		1997		Différence procentuelle (nombre)[1]	Différence procentuelle annualisée (ratio)[1]
	Nombre[1]	(%)[1]	Nombre[1]	(%)[1]		
Population du Canada[2]	27 700 856	--	29 987 214	--	8,25	--
Infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers (% du nombre total d'infirmières autorisées)[3,4]	223 964	(87,44)	240 173	(86,63)	7,24	-0,13
Nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers par 10 000 habitants	80,85	--	80,09	--	--	-0,13
Infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dans les provinces et les territoires (% du nombre total d'infirmières autorisées)[3,4]	223 964	(87,44)	229 838	(82,90)	2,62	-0,76
Infirmières autorisées détentrices d'un diplôme de techniques infirmières seulement (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dans les provinces et les territoires)[3]	207 081	(92,46)	206 964	(90,05)	-0,06	-0,38
Infirmières autorisées détentrices d'un baccalauréat (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dans les provinces et les territoires)[3]	16 820	(7,51)	22 795	(9,92)	35,52	4,05
Infirmières autorisées ayant obtenu leur diplôme à l'extérieur du Canada (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dans les provinces et les territoires)[3]	19 144	(8,55)	17 767	(7,73)	-7,19	-1,43
Nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers âgées de moins de 35 ans (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dans les provinces et les territoires)[3]	74 134	(33,10)	54 842	(23,86)	-26,02	-4,57
Nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers âgées de plus de 45 ans (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dans les provinces et les territoires)[3]	69 240	(30,92)	97 625	(42,48)	41,00	4,64

[1] Ces données englobent le Québec puisque les données de cette province étaient disponibles pour les années 1990 et 1997.
[2] Source : Statistique Canada, Population par âge et par sexe au Canada, série CANSIM C892268, 25 janvier 2000.
[3] Source : Projet B, tableaux 1, 2, 3, 4, 12 et 13, *Nursing Workforce Study,* Kazanjian et coll.
[4] Des données précises sur le nombre d'infirmières autorisées oeuvrant à l'extérieur des provinces et des territoires étaient disponibles pour 1997, mais pas pour 1990. Les données de 1997 sur les « infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers » et sur les « infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dans les provinces et les territoires » sont donc différentes, tandis que les mêmes données pour 1990 sont semblables.

Partie B (exclut le Québec)[1,2]	**1990**		**1997**		**Différence procentuelle (nombre - excluant le Québec)[1,2]**	**Différence procentuelle annualisée (ratio - excluant le Québec)[1,2]**	**Nombre total en 1997 (incluant le Québec)**
	Nombre (excluant le Québec)[1]	**(%) (excluant le Québec)[1]**	**Nombre (excluant le Québec)[2]**	**(%) (excluant le Québec)[2]**			
Infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dont le lieu de résidence et la situation professionnelle sont connus (% du nombre total d'infirmières autorisées)[3]	166 463	(84,39)	170 608	(81,14)	2,49	-0,56	229 838
Infirmières autorisées ayant des postes réguliers à temps plein (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dont le lieu de résidence et la situation professionnelle sont connus)[3]	93 234	(56,01)	85 315	(50,01)	-8,49	-1,61	114 338
Infirmières autorisées ayant des postes réguliers à temps partiel (% des infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dont le lieu de résidence et la situation professionnelle sont connus)[3]	48 146	(28,92)	52 832	(30,97)	9,73	0,98	73 168
Infirmières autorisées travaillant de façon occasionnelle (% du nombre infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dont le lieu de résidence et la situation professionnelle sont connus)[3]	23 419	(14,07)	32 197	(18,87)	37,48	4,29	42 068
Infirmières autorisées oeuvrant en milieu hospitalier (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dont le lieu de résidence et la situation professionnelle sont connus)[3]	120 087	(72,14)	105 211	(61,67)	-12,39	-2,22	140 676
Infirmières autorisées oeuvrant dans des maisons de soins infirmiers ou des établissements de soins prolongés (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dont le lieu de résidence et la situation professionnelle sont connus)[3]	11 777	(7,07)	18 504	(10,85)	57,12	6,29	27 865

Infirmières autorisées oeuvrant en milieu communautaire (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dont le lieu de résidence et la situation professionnelle sont connus)[3]	15 050	(9,04)	20 714	(12,14)	37,63	4,30	29 479
Infirmières autorisées se consacrant aux soins directs aux patients (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dont le lieu de résidence et la situation professionnelle sont connus)[3]	143 094	(85,96)	148 004	(86,75)	3,43	0,13	189 897
Infirmières autorisées travaillant dans l'administration (% du nombre d'infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers dont le lieu de résidence et la situation professionnelle sont connus)[3]	10 811	(6,49)	7 327	(4,29)	-32,23	-5,74	14 964

[1] **Le Québec est exclu des données de 1990, car des données précises sur la situation professionnelle n'étaient pas disponibles pour cette province pour l'année 1990.**
[2] Le Québec a été exclu des données de 1997 afin qu'il soit possible d'établir des comparaisons avec les données de 1990.
[3] Source: Projet B, tableaux 1, 2, 5, 6, 7 et 8, *Nursing Workforce Study,* Kazanjian et coll.

Les données présentées ci-dessus permettent d'étayer bon nombre de préoccupations exprimées par les intervenants. Les auteurs de la *Nursing Workforce Study* soulignent toutefois que les données actuellement disponibles ne permettent pas de répondre à de nombreuses questions fondamentales relatives à l'effectif. Ils suggèrent en outre que la meilleure façon de remédier à cet inconvénient, dans une perspective nationale, serait d'introduire un identificateur national unique pour les infirmières. Cet outil permettrait le suivi du parcours des infirmières, pendant leur formation et leur vie professionnelle. Les chercheurs, les décideurs et les planificateurs pourraient ainsi examiner en détail d'importants facteurs tels que l'attrition, le maintien de l'effectif, la mobilité inter-provinciale et les mouvements vers l'intérieur ou l'extérieur du pays. Munis de cette information, les décideurs pourraient tirer des conclusions beaucoup plus significatives des données. On a également besoin de bases de données nationales sur les infirmières auxiliaires autorisées et sur les infirmières psychiatriques autorisées, lesquelles doivent être établies en fonction de normes reconnues et convenues de collecte, de gestion et de transmission des données. Ainsi, tous les groupes d'infirmières pourront être mieux représentés dans les processus d'analyse et de planification de la main-d'oeuvre.

Étant donné les limites des données actuelles et, en conséquence, des politiques relatives au personnel infirmier, il est difficile de faire des projections précises sur l'état de l'effectif ou les besoins futurs. Kazanjian et ses collaborateurs proposent

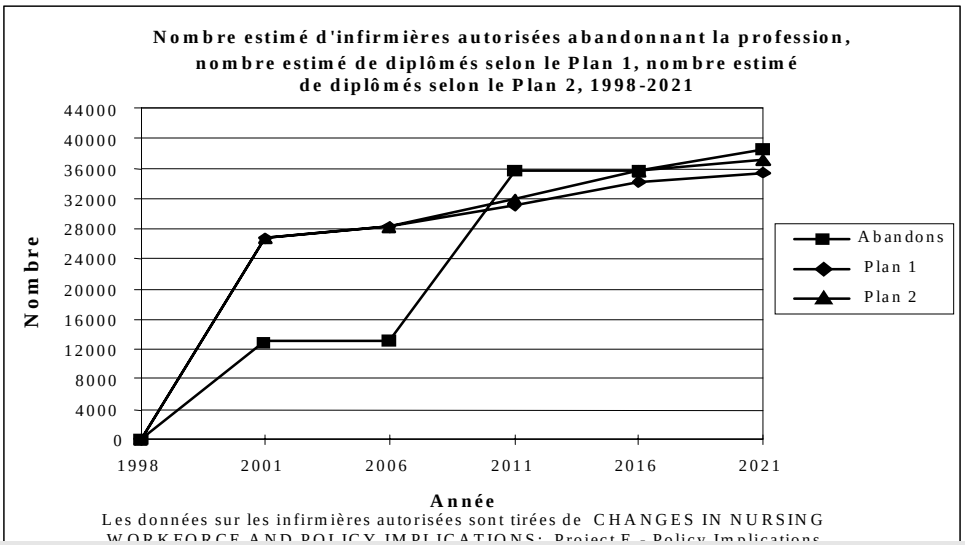
toutefois un scénario sur les besoins futurs à partir des données disponibles. Les auteurs ont examiné la rapidité avec laquelle l'effectif en infirmières autorisées pourrait être remplacé au fur et à mesure que les infirmières actuellement en poste prennent leur retraite ou quittent la profession pour d'autres raisons. D'après les données de 1997 sur l'effectif en infirmières autorisées, les hypothèses suivantes ont été avancées.

- ✓ Taux normaux de départs ou de départs à la retraite entre 1997 et 2021.
- ✓ Absence d'arrivées attribuables à la relance des activités.
- ✓ Absence d'attrition.
- ✓ Même nombre de diplômés estimé pour la période s'étendant de 2002 à 2021.

D'après le modèle proposé par les auteurs, une augmentation de 10 % du nombre de diplômés en 2000, 2005 et 2010, en tenant compte d'un délai de quatre ans pour la formation, conduirait à un accroissement d'environ 2,5 % de l'effectif infirmier, ou 6 033 infirmières autorisées (plan 1). Une augmentation de 10 % pour 2000 et 2010 et de 15 % pour 2005 se traduirait par l'ajout de 6 914 infirmières au total de 1997, soit une hausse de 2,7 % (plan 2). Le modèle n'a pas pour but de prévoir la demande future en personnel infirmier. Il fournit toutefois aux décideurs et aux planificateurs une estimation de l'incidence, sur l'effectif infirmier, d'une augmentation relativement modeste au chapitre de la formation sur une période de 24 ans.

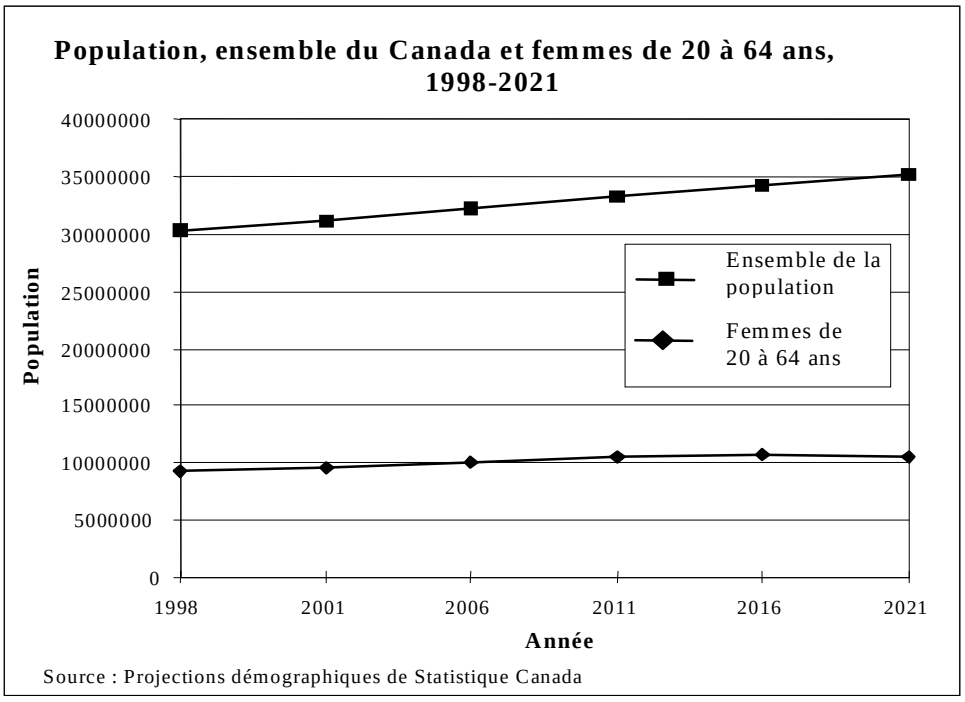
L'incidence d'une telle augmentation peut être évaluée par une simple comparaison du taux moyen de changement du nombre estimé d'infirmières autorisées découlant de la stagnation du nombre de diplômés, des changements résultant du Plan 1 (c.-à-d. augmentation de 10 % des diplômés en 2000, 2005 et 2010) et de l'évolution prévue de la population en général. Le taux de la croissance démographique, même s'il devrait diminuer après 2006, continuera à dépasser le taux de croissance du nombre d'infirmières diplômées selon les deux scénarios. Étant donné que la main-d'oeuvre infirmière est constituée à 96 % de femmes, il convient aussi de s'intéresser au taux de changement pour les femmes dont l'âge se situe entre 20 et 64 ans : le déclin prévu de cette population est supérieur à celui de la population en général. Ces comparaisons sont illustrées par les graphiques 1 et 2 ci-après. Des travaux plus poussés sur l'incidence de différentes politiques, comme le déploiement des infirmières, la représentation des diverses catégories d'infirmières et les habitudes d'utilisation des services, sont nécessaires si l'on veut préciser ces projections et les relier à la demande future.

GRAPHIQUE 1



Les données sur les infirmières autorisées sont tirées de CHANGES IN NURSING WORKFORCE AND POLICY IMPLICATIONS: Project E - Policy Implications

GRAPHIQUE 2



Source : Projections démographiques de Statistique Canada

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui surveille également l'évolution de l'effectif infirmier depuis un certain nombre d'années, a commandé la production de plusieurs rapports sur l'effectif, le recrutement et le maintien en poste des infirmières autorisées. L'étude la plus fréquemment citée sur l'avenir de l'effectif et de la demande en infirmières au Canada, préparée en 1997 par Mme Eva Ryten, s'intitule *Tableau statistique de la situation passée, présente et future des infirmières autorisées au Canada.* Selon ce rapport, si la demande en infirmières s'accroit seulement pour répondre à la croissance démographique prévue (c'est-à-dire 23 % entre 1993 et 2011), il y aura une pénurie de 59 000 infirmières d'ici 2011. Si la demande s'accroît à la fois pour répondre à la croissance démographique et pour combler les besoins supplémentaires découlant du vieillissement de la population (c'est-à-dire 46 % entre 1993 et 2011), il manquera 113 000 infirmières.

Dans cette étude, on calcule la demande future en infirmières en se fondant sur les taux d'utilisation des journées d'hospitalisation par âge et par sexe. On a calculé l'effectif infirmier futur en prévoyant le maintien en poste, jusqu'en 2011, de toutes les infirmières autorisées en 1995, et en prévoyant des ajouts annuels à la population des infirmières autorisées de 1995 à 2010 inclusivement. En additionnant ces deux projections, on obtient une estimation de l'effectif d'infirmières autorisées pour 2011 et la répartition de cet effectif selon l'âge. D'après cette estimation, on comptera en 2011 une population de 266 000 infirmières autorisées dont 231 000 seront employées en soins infirmiers. Parmi ce groupe, il y aura autant d'infirmières de 60 ans que d'infirmières de 30 ans.

Les conclusions de l'étude de Ryten, en ce qui a trait à la demande future, sont fondées sur l'utilisation des soins actifs par âge et par sexe en 1994. Ce type de prévision de la demande repose sur l'hypothèse voulant que les habitudes d'utilisation demeurent constantes et qu'il n'y ait pas d'ajustements pour tenir compte de l'évolution des tendances dans les maladies et les pratiques de traitement. L'auteur suppose également qu'il n'y a aucun changement dans le déploiement des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières psychiatriques autorisées, et que la totalité de l'effectif autorisé devra être remplacé en vue de maintenir les niveaux de dotation actuels dans les établissements de soins actifs.

Les différences entre les deux études illustrent les difficultés rencontrées lorsqu'on veut prévoir l'effectif et la demande pour cette main-d'oeuvre - des hypothèses très réalistes mais différentes conduisent à des projections différentes. Comme Kazanjian et ses collaborateurs l'ont fait observer, l'absence de données complètes et fiables sur tous les groupes d'infirmières limite la capacité des chercheurs de formuler des prévisions précises. De même, les hypothèses relatives aux politiques influent de manière significative sur les conclusions de l'étude. La planification future de la main-d'oeuvre repose essentiellement sur l'établissement de politiques touchant des questions telles que l'utilisation des différentes catégories d'infirmières, les niveaux de

financement, les habitudes d'utilisation, les pratiques de déploiement, etc... L'élaboration de modèles de projection qui soient bien établis et fondés sur des faits est tributaire de l'intégration de données complètes et fiables et de l'élaboration de politiques appropriées.

STRATÉGIE 3

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

Points clés :

On a besoin de données sur tous les groupes d'infirmières.

Les activités doivent comprendre la détermination des besoins en matière d'information, l'élaboration de nouvelles normes relatives aux données et de nouvelles bases de données ainsi que leur mise en oeuvre, dans les provinces et les territoires, par les fournisseurs de données (p. ex., les organismes qui délivrent les autorisations, les employeurs et les établissements de formation).

On doit considérer l'élaboration et l'implantation d'un identificateur unique pour toutes les infirmières.

Principaux responsables :	CCRHS, CCCSI, ICIS
Moment de l'intervention :	2000-2003

STRATÉGIE 4

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

Points clés :

Il faut accroître la recherche en soins infirmiers pour soutenir l'élaboration de politiques sur les soins infirmiers et la planification de la main-d'oeuvre à partir de faits établis.

Des efforts doivent être déployés pour améliorer l'interface entre la recherche en soins infirmiers et les décideurs.

Principal responsable : CCRHS.
Moment de l'intervention : au cours de l'exercice 2000-2001

STRATÉGIE 5

Le gouvernement fédéral assume un rôle de leadership en ce qui concerne l'élaboration de meilleures projections de l'effectif et de la demande en infirmières pour l'année 2015.

Points clés :

Il faut que la planification des ressources humaines en santé dépasse la portée des simples modèles sur l'effectif.

En reconnaissant les responsabilités provinciales et territoriales en matière de planification des ressources humaines en santé ainsi que les besoins différents de chaque niveau de compétence, on doit placer l'accent sur la détermination de scénarios qui puissent être adaptés aux besoins d'une province ou d'un territoire particulier.

Le cadre de référence de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers est en cours d'élaboration sous l'égide de Développement des ressources humaines Canada.

Principal responsable : gouvernement fédéral
Moment de l'intervention : établir des prévisions améliorées d'ici 24 mois

III. FORMATION

La majorité des infirmières employées au Canada obtiennent leur diplôme après avoir suivi un programme canadien de soins infirmiers. En 1997, par exemple, seulement un peu moins de 8 % des infirmières autorisées oeuvrant en soins infirmiers déclaraient avoir obtenu leur diplôme à l'extérieur du Canada, ce qui représente une baisse par rapport à 1990. Bien que le Canada demeure une destination attrayante pour les immigrants qualifiés dans ce domaine, les programmes canadiens de soins infirmiers devraient donc continuer à représenter la plus grande source d'infirmières dans un avenir prévisible. La formation des infirmières joue un rôle primordial non seulement du point de vue du maintien de l'effectif, mais également du point de vue de la qualité de la pratique. Les connaissances, les capacités et les compétences des diplômés en soins infirmiers doivent répondre aux besoins du système de santé.

La disponibilité des emplois permanents, le niveau des salaires et les conditions de travail, la mobilité et la souplesse professionnelles influent sur les choix de carrière. Au milieu des années 90, le secteur des soins infirmiers est devenu moins attrayant en raison notamment de la restructuration en cours ou prévue du système de santé et de la réduction du nombre de postes à plein temps. En outre, les femmes bénéficient d'un choix de carrière de plus en plus grand grâce à la formation postsecondaire. Les hommes continuent à être largement sous-représentés, à la fois dans les programmes de formation en soins infirmiers et parmi les diplômés et les demandeurs d'autorisation; les hommes ne représentent que 4 % du personnel infirmier autorisé.

Pendant cette période, bon nombre de collèges et d'universités ont réduit le nombre de leurs places en soins infirmiers à la suite de la baisse de l'intérêt des étudiants pour ce domaine. En 1997, Ryten a présenté des données sur les tendances observées en ce qui concerne l'inscription aux programmes de baccalauréat en sciences en Ontario. Elle rapporte que, entre 1976 et 1997, le nombre d'étudiants choisissant les soins infirmiers comme premier choix de carrière est passé de 81,1 à 69 %.

Depuis toujours, les demandes d'admission dans les écoles de soins infirmiers ont reflété les fluctuations de la demande en infirmières. Lorsque la demande s'accroissait, on s'attendait à voir également un augmentation du nombre de candidats. Cependant, le domaine des soins infirmiers subit la concurrence de nombreux autres secteurs professionnels. Tant que la carrière en soins infirmiers ne présentara pas autant d'attrait que les autres carrières pour les jeunes gens des deux sexes, il sera impossible de remplir les places disponibles avec des étudiants qualifiés qui sont intéressés à faire carrière dans ce domaine.

STRATÉGIE 6

Il faut élaborer une stratégie de communication ayant pour but d'améliorer la perception du public à l'égard d'une carrière en soins infirmiers et d'augmenter le nombre de candidats qualifiés dans les écoles de soins infirmiers.

Points clés :

Il faut élaborer une stratégie générale qui puisse être mise en oeuvre par chaque province et territoire en fonction de ses besoins.

On recommande de coordonner la stratégie avec les ressources en formation et la disponibilité d'emplois à plein temps pour les diplômés.

Cette stratégie doit viser aussi bien les hommes que les femmes ainsi que tous les groupes ethniques.

Principaux responsables :	CCRHS, associations d'infirmières
Moment de l'intervention :	immédiatement

Capacité des programmes de soins infirmiers

Prévoir l'effectif futur et, par conséquent, déterminer le nombre approprié de nouveaux diplômés en soins infirmiers qui seront autorisés chaque année est un processus complexe. Il faut mener d'autres études pour être en mesure de faire des prévisions plus précises pour l'avenir. Les travaux de Ryten et de Kazanjian et ses collaborateurs montrent que si le nombre de candidats ne s'accroît pas dans les écoles de soins infirmiers, le nombre d'infirmières continuera à chuter. Étant donné la pénurie actuelle et la prévision d'un taux plus élevé de départs à la retraite pour la prochaine décennie, il serait prudent, de la part des gouvernements provinciaux, de commencer immédiatement à augmenter le nombre de places disponibles dans les programmes de soins infirmiers.

Il convient également de noter que certains représentants du secteur de la formation ont estimé officieusement que le taux d'attrition des étudiants inscrits en soins infirmiers avant l'obtention de leur diplôme atteindrait 25 % dans l'ensemble du Canada. Il n'existe pas de données probantes pour étayer ce phénomène, mais il faut que les formateurs se penchent davantage sur la question. Il est essentiel que les places offertes soient comblées par des étudiants qualifiés qui pourront également profiter d'expériences cliniques et du soutien nécessaires pour maintenir leur engagement et assurer une bonne utilisation de l'investissement consenti dans la formation.

STRATÉGIE 7

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

Points clés :

Même si bon nombre d'intervenants jugent ce chiffre de 10 % trop modeste, il représente une augmentation réaliste et réalisable compte tenu des initiatives actuellement mises en oeuvre par les provinces.

Une estimation plus précise des besoins en matière d'effectif sera réalisée dans le cadre de l'Étude sectorielle mentionnée à la Stratégie 5.

Il est essentiel que cette augmentation du nombre de places dans les programmes de soins infirmiers s'accompagne d'une augmentation des offres d'emploi à plein temps pour les étudiants diplômés et d'un soutien adéquat dans le milieu de travail pour assurer leur intégration dans la profession, comme on le souligne à la Stratégie 9.

Principaux responsables :	gouvernements provinciaux et territoriaux
Moment de l'intervention :	2000-2002

Utilisation optimale de tout le personnel infirmier et pleine exploitation de ses capacités

Comme on le mentionnait précédemment, la main-d'oeuvre infirmière est composée de trois catégories d'infirmières - les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. Peu de tentatives systématiques ont été faites pour déterminer comment on peut déployer de la manière la plus efficace et la plus appropriée ces différentes catégories d'infirmières et comment on peut concilier la diversité de leurs compétences et de leurs capacités avec les besoins de la population et du système de santé.

Les associations d'infirmières auxiliaires autorisées et certains employeurs pensent que l'utilisation de ces dernières au sein de la main-d'oeuvre infirmière n'est pas optimale, malgré le fait que les infirmières autorisées doivent faire face aux enjeux que représente l'accomplissement d'un travail de plus en plus autonome et axé sur la technologie. En outre, tous les groupes d'infirmières reconnaissent que la réduction du personnel non infirmier - par exemple, les préposés aux soins, les porteurs et les secrétaires-réceptionnistes - contribue à l'utilisation inefficace du personnel infirmier.

Il existe également une diversité considérable au sein de la catégorie des infirmières autorisées. On peut présumer que les compétences d'une infirmière diplômée en techniques infirmières au cours des décennies antérieures sont assez différentes de celles des nouvelles diplômées, et que les compétences d'un titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières sont encore différentes. On a l'habitude de penser qu'« une infirmière est une infirmière ». Toutefois, la diversité des programmes de formation laisse entrevoir que cette idée n'est pas entièrement vraie. On pourrait utiliser des infirmières autorisées possédant différents types de compétences dans des rôles spécifiques qui permettront de tirer le meilleur parti possible de leurs capacités tout en leur offrant un maximum de satisfaction au travail. Même si les organismes de réglementation professionnelle travaillent pour s'assurer que toutes les infirmières autorisées possèdent les nouvelles compétences, la réalité oblige à penser que l'atteinte de cet objectif nécessitera plusieurs années et demandera un investissement considérable dans la formation continue.

Les programmes de formation spécialisée existent depuis un certain nombre d'années, et bon nombre d'infirmières ont choisi de suivre ces programmes pour se préparer à remplir des rôles dans des services spécialisés tels que les soins intensifs, la gérontologie et la réadaptation. Les progrès de la médecine et de la technologie mettent en lumière l'importance de la formation spécialisée chez les infirmières. En outre, les gouvernements provinciaux ont commencé à consacrer des sommes supplémentaires pour réduire les listes d'attente en chirurgie et offrir des soins plus adaptés aux cas aigus. Or, cette orientation conduit à un accroissement de la demande en infirmières autorisées possédant des compétences propres à ces domaines.

Cependant, la formation spécialisée n'a pas été intégrée de façon générale aux programmes de formation des infirmières. Dans certaines provinces ou territoires, elle n'est pas officiellement liée au baccalauréat ou à une autre attestation officielle et elle peut être dispensée par les hôpitaux eux-mêmes. Les infirmières signalent que, souvent, ces programmes ne sont pas officiellement reconnus, qu'ils ne permettent pas d'accumuler des crédits pour d'autres programmes officiellement reconnus et que les compétences acquises ne sont pas toujours reconnues partout dans une province ou un territoire ou entre les provinces et les territoires.

Bien que les changements en cours dans le système de santé laissent présager une augmentation des besoins en personnel spécialisé, il existe actuellement peu de stimulants pour inciter les infirmières à suivre une formation spécialisée compte tenu des difficultés qu'elles rencontrent pour concilier le travail et les études, du manque de soutien financier de la part des employeurs et de l'absence de liens officiels avec des compétences généralement reconnues. En outre, cette formation supplémentaire n'est habituellement pas sanctionnée par une augmentation de la rémunération, et ce, malgré l'accroissement de l'expertise et des responsabilités associées à la prestation de soins spécialisés.

Bien que ces compétences spécialisées soient essentielles, il n'existe actuellement aucun mécanisme permettant de faire le suivi du nombre d'infirmières autorisées qui reçoivent une formation spécialisée ou qui occupent des postes nécessitant ce type de formation. Kazanjian et ses collaborateurs rapportent que le nombre d'infirmières autorisées déclarant avoir reçu une formation complémentaire non officielle a diminué de façon importante entre 1990 et 1997. Bien que les données n'indiquent pas clairement que cette diminution se rattache uniquement à la formation spécialisée, elles laissent entendre que même si les changements au sein du système de santé reflètent le besoin d'un nombre croissant d'infirmières autorisées ayant reçu une formation spécialisée, ce type de préparation pourrait actuellement être en déclin.

L'absence de stratégie en matière d'effectif infirmier, consistant, en premier lieu, à déterminer les besoins de la population et du système de santé dans son ensemble et, en second lieu, à examiner la profession infirmière dans son ensemble, a conduit à une compréhension fragmentaire du problème de la main-d'oeuvre infirmière. Il est donc crucial d'entreprendre un examen plus global de l'ensemble de la profession. Cette approche globale exige que l'on dépasse la perspective de l'un ou l'autre des groupes d'infirmières pour considérer les besoins des patients et de la population et pour déterminer comment, ensemble, les infirmières peuvent utiliser leurs capacités et leurs compétences pour mieux répondre à ces besoins.

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 dont on a besoin pour chaque milieu de pratique à partir 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.

Points clés :

Cet examen permettra de déterminer les rôles et les responsabilités, les compétences, le niveau de formation et les habitudes d'utilisation de tous les groupes d'infirmières.

Principaux responsables :	CCSI provinciaux et territoriaux
Moment de l'intervention :	immédiatement; fin prévue au printemps 2001

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.

Points clés :

Les plans doivent comprendre une évaluation de la formation actuelle en soins infirmiers (formation de base, continue, spécialisée et avancée) pour tous les groupes d'infirmières.

L'élément du plan relatif à l'autorisation des infirmières doit intégrer tous les niveaux de formation, y compris le niveau de débutant, la formation spécialisée et le niveau supérieur (p. ex., infirmières enseignantes détentrices d'une maîtrise ou d'un doctorat).

Le plan doit comprendre des recommandations visant à rationaliser, modifier, augmenter ou organiser ces programmes afin de mieux répondre aux besoins en personnel de la province ou du territoire au cours des cinq prochaines années.

La formation clinique appropriée des étudiants doit être prise en considération dans le plan.

La mise en place de stratégies visant à fournir un soutien ou un encadrement approprié aux nouveaux diplômés ainsi qu'à les orienter contribuera à assurer leur intégration positive et leur maintien au sein de l'effectif.

Cette stratégie nécessitera la participation active des organismes de réglementation professionnelle, du secteur de la formation, des employeurs et des organismes de financement.

Principaux responsables :	CCSI provinciaux ou territoriaux ou des organismes équivalents
Moment de l'intervention :	2000-2002

IV. AMÉLIORATION DES STRATÉGIES DE DÉPLOIEMENT ET DE MAINTIEN DE L'EFFECTIF

Même si la formation est le facteur le plus important pour préparer les infirmières, la façon dont celles-ci sont gérées ou utilisées en tant que ressources a un effet direct sur les besoins en main-d'œuvre et sur le maintien de l'effectif dans les emplois et au sein de la profession. Les études sur la main-d'œuvre tendent à être axées sur l'augmentation du nombre d'infirmières et à ne tenir aucun compte du nombre d'infirmières actuellement en poste qui pourraient être gérées plus efficacement et maintenues plus longtemps au sein de l'effectif.

Les recherches démontrent que les scénarios de déploiement, c.-à-d. le travail à plein temps, à temps partiel et occasionnel, influent sur l'effectif puisqu'ils exigent qu'un nombre variable d'infirmières comblent un nombre fixe de postes (Kazanjian, 1991). La satisfaction des infirmières à l'égard de ces scénarios affecte aussi leur volonté et leur capacité de travailler. Par ailleurs, les divers scénarios de déploiement influent considérablement sur la qualité du travail des nouveaux diplômés ainsi que sur leur engagement envers la profession.

La qualité du milieu de travail a également une incidence significative, déterminant en grande partie la satisfaction professionnelle ce qui, en retour, influe à la fois sur le maintien en poste et sur le maintien au sein de la profession.

Déploiement de la main-d'oeuvre infirmière

Kazanjian et ses collaborateurs indiquent que, entre 1990 et 1997, le pourcentage d'infirmières déclarant occuper un poste régulier à plein temps est passé de 56,01 à 50,01 %, alors que le pourcentage de celles occupant un poste régulier à temps partiel a augmenté pour passer de 28,92 à 30,97 %. Par ailleurs, le pourcengtage d'infirmières qui travaillaient occasionnellement est passé de 14,07 % à 18,87 %. Les résultats de recherches antérieures laissent entrevoir que l'augmentation du travail à temps partiel et occasionnel peut faire augmenter les besoins en personnel en raison de la gestion inefficace de la main-d'œuvre disponible. Dans une étude antérieure, Kazanjian (1991) a démontré l'incidence de divers scénarios de déploiement sur les besoins en personnel infirmier et a recommandé que les hôpitaux accusant un manque d'infirmières améliorent l'utilisation de leur effectif grâce à de meilleures pratiques de gestion. La réduction du nombre de postes d'infirmières à plein temps a notamment désavantagé les nouveaux diplômés qui, habituellement, optent pour des postes de soins directs dans les hôpitaux ou les maisons de soins infirmiers et s'attendent à bénéficier d'une période de supervision et d'encadrement qui les aidera à s'intégrer au marché du travail. On craint que la diminution du nombre de postes à plein temps ait affecté principalement ce groupe d'infirmières qui, si elles sont incapables de trouver un emploi à plein temps, peuvent quitter la profession. On a également avancé que le manque de perspectives d'emploi favorables au cours des premières années peut avoir une incidence à long terme sur les capacités et les compétences de ces infirmières. Les étudiants qui obtiendront leur diplôme au cours de la prochaine décennie doivent avoir la possibilité de travailler à plein temps.

Si le travail à temps partiel et le travail occasionnel peuvent offrir davantage de souplesse à l'employeur, ils alourdissent le fardeau administratif des infirmières gestionnaires dont le nombre a été réduit. Dans certains cas, ces responsabilités ont été transférées à des infirmières de chevet et entrent en conflit avec leurs responsabilités cliniques. Les infirmières déclarent qu'il est plus difficile d'assurer une dotation en personnel clinique appropriée lorsqu'il faut avoir recours à un bassin de travailleuses occasionnelles que lorsqu'on dispose d'un personnel à plein temps. Les difficultés rencontrées pour obtenir du personnel en raison de la complexité des dispositions de rappel au travail peuvent amener une augmentation des heures supplémentaires et de la surcharge de travail pour le personnel régulier lorsqu'il est impossible de trouver des travailleuses occasionnelles, ce qui affecte encore davantage la qualité de vie au travail des infirmières.

Si l'on n'augmente pas de manière significative la proportion des postes à plein temps, ces tendances se maintiendront. Cet effort demandera aux hôpitaux et aux

autres employeurs de revoir leurs politiques et de convertir des postes à temps partiel et des postes occasionnels actuels en postes à plein temps. Pour leur part, les employeurs, les syndicats professionnels et les associations professionnelles devront ré-examiner les politiques pertinentes et les dispositions des conventions collectives pour s'assurer de ne pas créer involontairement des obstacles au travail à plein temps.

Questions relatives au maintien de l'effectif

Les infirmières ont toujours considéré leur profession comme une carrière à long terme dans le cadre de laquelle elles peuvent aspirer à des possibilités d'avancement et de perfectionnement, à une plus grande autonomie, au respect et à la satisfaction au travail. Bien que les recherches aient indiqué que la grande majorité des infirmières sont habituellement demeurées au sein de la profession, des rapports récents non officiels produits par des employeurs et des associations professionnelles semblent indiquer que cette tendance historique pourrait être en train de changer. Alors que la moyenne d'âge des infirmières s'élève, on craint de plus en plus que bon nombre d'entre elles choisissent de quitter prématurément la profession, réduisant ainsi la main-d'oeuvre active. Le vieillissement de l'effectif actuel se traduit par un intérêt plus marqué pour des horaires variables et mieux adaptés aux besoins familiaux, par une diminution de la tolérance et de la résistance aux charges de travail excessives et par une diminution de la capacité de faire face aux exigences physiques et psychologiques associées à bon nombre de postes de soins directs. Ces dernières années, des associations d'infirmières ont exercé des pressions pour que leurs membres puissent bénéficier d'une retraite anticipée, comme c'est le cas pour d'autres travailleurs soumis à un degré de stress élevé.

Le départ prématuré d'un grand nombre d'infirmières du bassin de main-d'oeuvre active et de la profession pourrait avoir une incidence grave sur l'effectif actuel qui est fragile. Il importe de bien comprendre les facteurs qui peuvent amener les infirmières à opter pour une retraite anticipée, puis d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies visant à résoudre ces problèmes en vue de maintenir les infirmières au sein de l'effectif aussi longtemps que possible.

Les études sur le sujet rendent compte de l'importance de la qualité du milieu de travail pour le maintien de la satisfaction professionnelle et, par conséquent, pour l'amélioration du maintien de l'effectif. Ainsi, certains hôpitaux ont été décrits comme étant attrayants en raison de leur mode de gestion et de leurs pratiques professionnelles qui contribuent à maintenir un faible roulement du personnel, un nombre suffisant d'employés, des horaires souples, un leadership solide au sein du personnel infirmier, une gestion participative, des possibilités d'avancement professionnel, etc. On mentionne que, dans ces hôpitaux, le degré de satisfaction du personnel infirmier est plus élevé et que le taux de roulement est plus bas que dans les hôpitaux qui ne possèdent pas ces caractéristiques. Ces exemples

méritent qu'on s'y attarde. On devrait également envisager d'adopter les stratégies qui se sont révélées efficaces dans d'autres provinces ou territoires.

La formation des infirmières représente un investissement considérable pour les gouvernements, la société et les personnes. Il faut donc agir immédiatement pour éviter que la qualité de vie au travail n'amène le personnel infirmier à quitter prématurément son emploi, le marché du travail et la profession.

STRATÉGIE 10

Les CCSI provinciaux ou territoriaux (ou les organismes équivalents) doivent déterminer des stratégies de maintien de l'effectif pour leur main-d'oeuvre respective et en appuyer la mise en oeuvre, lesquelles stratégies doivent être axées sur l'amélioration de la qualité de vie au travail.

Points clés :

Les stratégies doivent être, dans la mesure du possible, fondées sur des faits établis.

Les stratégies clés pourraient comprendre :

- ✓ *la détermination de ratios infirmière-patients appropriés;*
- ✓ *l'utilisation efficace et appropriée des différentes catégories d'infirmières;*
- ✓ *la réduction du volume des tâches non directement liées aux soins infirmiers;*
- ✓ *la prévention des blessures et des maladies professionnelles;*
- ✓ *la réduction du travail occasionnel et l'augmentation du nombre de postes permanents;*
- ✓ *la mise en place de choix d'horaires plus souples et mieux adaptés aux besoins familiaux ainsi que de modalités de travail personnalisées;*
- ✓ *la réintroduction ou le renforcement du leadership clinique au niveau des lits, des salles et des services;*
- ✓ *l'assurance de perspectives adéquates de formation continue et de perfectionnement professionnel (lien avec la stratégie 9).*

Principaux responsables :	CCSI provinciaux ou territoriaux ou organismes équivalents
Moment de l'intervention :	2000-2002

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.

Points clés :

Le choix des stratégies spécifiques doit être laissé à chaque province ou territoire.

Principaux responsables :	CCSI provinciaux ou territoriaux ou organismes équivalents
Moment de l'intervention :	2000-2002

DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

Le Maintien des effectifs infirmiers et la qualité de vie au travail : une perspective Nationale. Association des infirmières et infirmiers du Canada, novembre 1990.

Kazanjian, A., Pulcins, I. and Kerluke, K. (1992) A Human Resources Decision Support Model: Nurse Deployment patterns in One Canadian System, Hospital & Health Services Administration, 37(3):303-319.

Tableau statistique de la situation passée, présente et future des infirmières autorisées au Canada. Association des infirmières et infirmiers du Canada, septembre 1997.

L'offre future d'infirmières autorisées au Canada : document de travail. Association des infirmières et infirmiers du Canada, octobre 1997.

Projet national sur les compétences infirmières : rapport final, juin 1997.

Ressources humaines en infirmières autorisées : recrutement et maintien des effectifs. Document de travail. Association des infirmières et infirmiers du Canada, juin 1998.

La crise silencieuse des soins de santé : mémoire présenté au Comité permanent des finances et au ministre des Finances. Association des infirmières et infirmiers du Canada, septembre 1998.

Facing Forward: Current and Future Health Care Trends and Issues and the Implications for Practical Nurses. Canadian Practical Nurses Association, 1999.

Improving the Working Life of the National Health Service. (1999) Department of Health, United Kingdom.

Soins infirmiers de qualité : un gage de santé pour le 21e siècle. Gouvernement de l'Ontario, janvier 1999.

Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : Revue de littérature
Université de Montréal, décembre 1999.

Nursing Workforce Project. (sous presse) Health Human Resources Unit, University of British Columbia.

ANNEXE A
RÉPONDANTS AU DOCUMENT DE CONSULTATION

PROVINCE / TERRITOIRE	GROUPE	ORGANISATION	RÉPONDANT ET ADRESSE	DATE DE RÉCEPTION	NOTES
Colombie-Britannique	**Main-d'oeuvre**	**HEU**	**Chris Allnut, Secretary-Business Manager**	**28 avr 00**	**Reçu par fax**
		BCNU	**Cathy Ferguson, President**	**25 avr 00**	**Reçu par courrier électronique - Résumé et recommandations du NRRC jointes**
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	**College of LPNs of BC**	**Carolyn Sams, Executive Director / Registrar**	**01 mai 00**	**Reçu par courrier électronique**
		RNABC	**Sandra Regan, Nursing Policy Consultant, 2855 Arbutus St. Vancouver BC V6Y 3Y8**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
	Formation	**Collaborative Nursing Program in BC**	**Janet L. Storch, Chair, Collaborative Nursing Program in BC**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
		Health Sciences Deans and Directors Committee	**Joy Holmwood, Chair of Health Sciences Deans and Directors Committee and Dean, Faculty of Health Sciences Douglas College**	**17 avr 00**	**Reçu par fax**
		University of Victoria, School of Nursing	**Lynne Young**	**20 avr 00**	**Reçu par courrier électronique, par fax et par la poste**
		University of Victoria, School of Nursing	**Particia Rodney & Colleen Varcoe, Assistant Professors**	**17 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		Nursing Education Council of BC	**Janet L. Storch, Chair**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
	Employeurs	**C&W Health Center**	**Heather Mass, Chief of Nursing, 4500 Oak St, RM B244, Vancouver, BC V6H 3N1 hmass@cw.bc.ca**	**25 mai 00**	**Reçu par la poste**
		HEABC	**Gary Moser, CEO #200-1333 West Broadway, Vancouver BC V6H 4C6**	**17 avr 00**	**Reçu par fax**
	Autres				
Alberta	**Main-d'oeuvre**				
	Associations professionnelles / Organismes de	**College of Licensed Practice Nurses of Alberta**	**Pat Fredrickson, patf.clpna@compusmart.ab.ca**	**11 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		Registered Psychiatric Nurses Association of Alberta	**201, 9711-45th Ave, Edmonton AB T6E 5V8**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**

		Alberta Association of Registered Nursing	**Louise Rogers, President, rlapoint@nurses.ab.ca**	**14 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Formation	**Grant MacEwan College**	**Barbara Wilson, Health and Community Studies Nursing, P.O. Box 1796 Edmonton AB T5J 2P2**	**11 avr 00**	**Reçu par la poste**
	Employeurs	**Calgary Regional Health Authority**	**Maureen Best, Administrative Leader Nursing Corporate Support, Arlene Weidner, Senior Operating Officer, lena.leyton@CHRA-Health.ab.ca**	**14 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		Cross Cancer Institute, Northern Alberta Cancer Program	**Greta Cummings, Director of Nursing, 11560 University Ave, Edmonton AB T6G1Z2**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
	Autres				
Saskatchewan	**Main-d'oeuvre**	**Saskatchewan Union of Nurses**	**Rosalee Longmoore, President**	**25 avr 00**	**Reçu par la poste**
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	**Registered Psychiatric Nurses Association of Saskatchewan**	**Joy Johnson, Executive Director, rpnas@rpnas.com**	**11 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		Saskatchewan Registered Nurses Association	**Rivie Seaberg, Executive Director dbrunsk@srna.org**	**14 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Formation	**Saskatchewan Indian Federated College: Science Department**	**Prof. Sherri Tutt, Health and Nursing Programs**	**18 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		University of Saskatchewan	**Yvvone Brown, Dean, College of Nursing, Health Sciences Building, University of Saskatchewan , 107 Wiggins Rd, Saskatoon, SK S7N 5E5**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
	Employeurs	**Saskatoon District health**	**Brian Morgan, Acting President and CEO**	**20 avr 00**	**Reçu par la poste**
		Northwest Health District, Meadow Lake Hospital	**D. Corey, 711 Centre St. Meadow Lake, SK S9X 1E6**	**11 avr 00**	**Reçu par fax**
		???	**Valerie Mashenski, CEO - valerie.mashinski.crc@main.nlnet.melfort.sk.ca**	**25 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		Saskatchewan Association of Health Organizations	**R.M. Louise Simard, Q.C. President & CEO**	**02 mai 00**	**Reçu par la poste**
		Lloydminster Health District	**Gayle Almond, Health Services Director, 3820-43 Ave, Lloydminser, SK/AB S9V 1Y5**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
	Autres	**College of Physicians & Surgeons of Saskatchewan**	**D.A. Kendel, M.D., Registrar, G.W. Peacock Building 211-4th Ave. South, Saskatoon, SK S7K 1N1**	**28 mars 00**	**Reçu par la poste**

Manitoba	**Main-d'oeuvre**				
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	**Association des infirmières du Manitoba**	**Susan Neilson, directrice exécutive**	**25 avr 00**	**Reçu par fax**
		Registered Psychiatric Nurses Association of Manitoba	**Annette Osted, Executive Director, 1854 Portage Ave, Winnipeg, MB R3J 0G9**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
		Manitoba Association of Licensed Practical Nurses	**Helen Rempel, President, 200-1601 Regent Ave, Winnipeg, MB R2C 3B3**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
	Formation	**Council on Post-Secondary Education**	**Leo LeTourneau, Executive Director, 410 Portage Ave., Winnipeg MB R3C 0C4**	**17 avr 00**	**Reçu par la poste**
		Keewatin Community College, Office of the President	**Anthony E. Bos**	**20 avr 00**	**Reçu par fax**
		University of Manitoba, Faculty of Nursing	**Dr. David Gregory, Dean**	**09 mai 00**	**Reçu par fax**
		Assiniboine Community College	**Diane Shamray, Chairperson, Health and Human Services, 1430 Victoria Ave East, Brandon MB R7A 2A9**	**17 avr 00**	**Reçu par fax**
	Employeurs	**Winnipeg Regional Health Authority**	**Jan Currie, Vice President and Chief Nursing Officer**	**05 mai 00**	**Reçu par la poste**
		Parkland Regional Health Authority	**Yvonne Hrynkiw, VP Community**	**01 mai 00**	**Reçu par la poste**
	Autres	**Provincial Nursing Resources Task Force**	**Mrs. Carmel Olson, Chair, Carmel@westman.wave.ca**	**17 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
Ontario	**Main-d'oeuvre**	**Ontario Nurses Association**	**Barb Wahl, ONA President, 85 Grenville St, Suite 400 Toronto, ON M5S 3A2**	**11 avr 00**	**Reçu par fax**
		Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario	**Leah Casselman, President, 100 Lesmill Rd, Toronto, ON M3B 3P8**	**18 avr 00**	**Reçu par fax**
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	**Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et Registered Nurses Association of Ontario - co-submission**	**Gayle Makay,directrice exécutive par intérim, CNO, Doris Grinspun, directrice exécutive, RNAO**	**18 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		Registered Practical Nurses Association of Ontario	**Barbara Thomber, Executive Director, 5025 Orbitor Dr.Bldg 4, Suite 200, Mississauga ON L4W 4Y5**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
	Formation	**University of Windsor, School of Nursing**	**Dr. Beth Horsburgh, Director School of Nursing, University of Windsor, 401 Sunset,**	**11 avr 00**	**Reçu par fax**

		Windsor ON N9B 3P4		
	Deans of Nursing , Ontario Colleges of Applied Arts and Technology	**Micki Walters**	**20 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**

		University of Toronto, School of Nursing	Gail Donner, Dean Faculty of Nursing, dean.nursing@utoronto.ca	13 avr 00	Reçu par courrier électronique
	Employeurs	Ontario Long-term Care Association	Vida Vaitonis, Executive Director	25 avr 00	Reçu par fax
	Autres				
Québec	**Main-d'oeuvre**				
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation				
	Formation				
	Employeurs				
	Autres				
Nouveau-Brunswick	**Main-d'oeuvre**	Syndicat des infirmières du Nouveau-Brunswick	Linda Silas, présidente, mbye@nbnet.nb.ca	14 avr 00	Reçu par courrier électronique - à remettre aussi par courrier électronique
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick	Lucille M. Auffrey	05 mai 00	Reçu par la poste
		L'Association des Infirmier(ère)s Immatriculé(e)s du Nouveau-Brunswick	Normand L. McDonald, directeur exécutif-registraire, 384 rue Smythe St. Fredericton, NB E3B 3E4	18 avr 00	Reçu par la poste
	Formation				
	Employeurs	New Brunswick Association of Nursing Homes	Rachel Clair, Executive Director rclair@health.nb.ca	03 avr 00	Reçu par courrier électronique
	Autres	Comité consultatif sur les ressources en main d'oeuvre infirmière	Barbara McGill, présidente, NRAC, 20 Maplecrest Dr. Saint John, NB E2H 1K3	17 avr 00	Reçu par courrier électronique
Nouvelle-Écosse	**Main-d'oeuvre**	Nova Scotia Nurses' Union	Heather Henderson, President 65 Queen St Dartmouth, NS B2Y 1G4	18 avr 00	Reçu par fax
		Nova Scotia Association of Health Organizations	2 Dartmouth Rd, Bedford, NS B4A 2K7	25 avr 00	Reçu par courrier électronique
		Nova Scotia Government Employees Union	Joan Jessome, President	25 avr 00	Reçu par courrier électronique
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	Licensed Practical Nurses Association of NS	Albert MacIntyre, Executive Director, Ann Mann, Executive Director/ Registrar	25 avr 00	Reçu par la poste

		Registered Nurses' Association of Nova Scotia	**Carolyn Moore, Executive Director, Suite 600 Barrington Tower, Scotia Square, 1894 Barrington St. Halifax, NS B3J 2A8**	**17 avr 00**	**Reçu par la poste**
	Formation	**Department of Nursing St. Francis Xavier University**	**Jean MacInnis, Antigonish Nova Scotia jmacinni@stfx.ca**	**11 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		School of Nursing, Faculty of Health Professions and the Population Health Research Unit, Community Health and Epidemiology, Dalhousie University	**Gail Tomblin Murphy, Jean Hughes, Mike Pennock**	**01 mai 00**	**Reçu par courrier électronique**
		Dalhousie University, School of Nursing	**Barbara Downe-Wamboldt, Director, Halifax, NS B3H 3J5**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
	Employeurs	**The Nova Scotia Hospital**	**Anne McGuire, Executive Director, 300 Pleasant St. PO Box 1004, Dartmouth, NS B2Y 3Z9**	**17 avr 00**	**Reçu par la poste**
		Eastern Regional Health Board	**John Higgins, CEO - 65 Memorial Dr. PO Box 37, North Sydney, NS B2A 3S8 tel: 902-794-6010**	**07 avr 00**	**Reçu par la poste**
		Queen Elizabeth II Health Sciences Centre	**Office of the VP Clinical Services, 1796 Summer St, Halifax NS B3H 3A7**	**25 avr 00**	**Reçu par la poste**
		Northern Regional Health Board	**Brenda Payne, RN,BN, MN, Executive Director, Patient Care Services, Northern Regional Health Board, hnrhb@nrhb.ns.ca**	**14 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Autres				
Terre-Neuve	**Main-d'oeuvre**	**Newfoundland and Labrador Nurses' Union**	**Debbie Forward, President**	**25 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	**Council for Licensed Practical Nurses**	**Paul D. Fisher, Executive Director**	**28 avr 00**	**Reçu par fax**
		Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador	**Jeannette Andrews, jandrews@nf.aibn.com**	**11 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Formation	**Memorial University of Newfoundland**	**Dr. Carole Orchard, Director and Associate Professor, School of Nursing, St. John's, NF A1B 3V6**	**11 avr 00**	**Reçu par la poste**
		College of the North Atlantic	**Pamela Walsh, President, 432 Massachusetts Dr. PO Box 5400 Stephenville, NF A2N 2Z6**	**11 avr 00**	**Reçu par la poste**

	Employeurs	**Health and Community Services Western Regions**	**Marq Burden for Marilyn Fleming**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
		Central West Health Corporation	**David Diamond, Chief Operating Officer and VP of Human Resources**	**01 mai 00**	**Reçu par la poste**
	Autres	**Government of Newfoundland & Labrador**	**Florence Delaney, DM Health and Community Services, Department of Education**	**13 avr 00**	**Réponse différée envoyée au Memorial University's School of Nursing - Dr. Carole Orchard , Director**
		Centre For Nursing Studies	**Jean Rowsell, Director, Centre for Nursing Studies**	**09 mai 00**	**Reçu par fax**
		Gillian Kennedy	**Former President of the Nursing Society of Memorial University, student rep on the RN/LPN Human Resources Planning Sub-Committee with the Department of Health and Community Services**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
Île-du-Prince-Édouard	**Main-d'oeuvre**	**PEI Union of Public Employees**	**Barb Boudreau, Chairperson, PEIUPSE Health Care Committee**	**14 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	**Licensed Nursing Assistant Association of PEI**	**P.O Box 1254 Charlottetown , PE C1A 7M8**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
		PEI Nursing Assistants Registration Board	**Genevieve Poole, Registrar, Box 3235 Charlottetown PE C1A 7N9**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
		Association of Nurses of PEI	**Becky Gosbee, Executive Director / Registrar**	**17 avr 00**	**Reçu par fax**
	Formation	**PEI Department of Education**	**Ms. Elaine Noonan, DM of Education**	**25 avr 00**	**Reçu par fax**
	Employeurs	**Southern Kings Health, PEI Health & community Service System**	**Betty Fraser, CEO, 35 Douses Rd, P.O. Box 3000 Montague PE C0A 1R0**	**13 avr 00**	**Reçu par la poste**
	Autres	**The Medical Society of PEI**	**Marilyn Lowther, CHE Executive Director**	**25 avr 00**	**Reçu par la poste**
Nunavut	**Main-d'oeuvre**				
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation				
	Formation				
	Employeurs				
	Autres				

Territoires du Nord-Ouest	**Main-d'oeuvre**				
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation				
	Formation				
	Employeurs				
	Autres	**Nursing Stakeholders in the NWT**	**Stanton Regional Health Board, GNWT Department of Health and Social Services, Aurora College, Stanton Regional Health Board, NWTRNA, Inuvik Regional Health & Social Services Board, NT Certified Nursing Assistant Association**	**18 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
Yukon	**Main-d'oeuvre**				
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	**Yukon Registered Nurses Association**	**Catherine Bradbury, President Suite 14, 1114-1st Ave, Whitehorse, YK Y1A 1A3**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
	Formation	**Yukon College**		**25 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Employeurs	**Whitehorse General Hospital - Dirigé par la Yukon Hospital Corporation**	**Ron Browne, CEO, 5 Hospital Rd, Whitehorse, YK Y1A 3H7**	**11 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Autres	**Department of Health et Social Services Government of Yukon**	**Joanne Fairlie, ADM**	**14 avr 00**	**Reçu par fax**
Fédéral	**Main-d'oeuvre**	**Institut professionnel de la fonction publique du Canada**	**Marg McCoy, vice-présidente de l'IPFPC**	**28 avr 00**	**Reçu par la poste**
	Associations professionnelles / Organismes de réglementation	**Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada**	**Kelly Kay, directrice exécutive, 14-4218 Lawrence Avenue East #271, Scarborough, ON M1E 4X9**	**14 avr 00**	**Reçu par courrier électronique - courrier électronique de suivi envoyé le 25 avril 2000**
		Association des infirmières et infirmiers du Canada	**Mary Ellen Jeans, RN, PhD, directrice exécutive**	**14 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Formation	**Association canadienne des écoles universitaires de nursing**	**Lynne Young**	**20 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		Canadian Nursing Students Association	**Melanie Dyke, President**	**20 avr 00**	**Reçu par fax**

		Canadian Nursing Students Association	**Sean McIntyre (past vice - president) pour Catherine Forbes (Vice-President Education Research Director), 3777 Chemin St. Louis, Ste. Foy, QC G1W 1T6**	**14 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
	Employeurs				
	Autres	**Office of Rural Health, Health Canada**	**Judith Dowler, Health Promotion and Programs Branch**	**25 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**
		Association catholique canadienne de la santé	**Richard Haughian, President**	**4 mai 00**	**Reçu par courrier électronique**
		DRHC	**Ron Stewart**	**01 mai 00**	**Reçu par courrier électronique - stratégie soumise à la Direction des partenariats en ressources humaines - Division sectorielle de l'étude des tâches**
		Association canadienne des soins de santé	**Kathryn Tregunna, directrice, Élaboration des politiques**	**20 avr 00**	**Reçu par courrier électronique**

ANNEXE B
SOMMAIRE DES RÉPONSES OBTENUES LORS DE LA CONSULTATION

Le Groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les ressources infirmières, un sous-comité du Comité consultatif des ressources humaines en Santé (CCRHS), a publié au mois de mars 2000 un document de consultation à remettre aux intervenants, intitulé *Vers une stratégie pour les soins infirmiers au Canada*. Ce document avait comme objectif de recueillir les suggestions et les commentaires de plusieurs intervenants du secteur de la main-d'oeuvre infimière avant l'élaboration d'une stratégie pour les soins infirmiers au Canada. La première section du document était consacrée aux différentes perspectives de nombreux intervenants concernant les enjeux liés à la main-d'oeuvre infirmière et avait pour objet de cultiver une compréhension commune de la complexité et de l'étendue du problème. On y mentionne aussi douze stratégies, qui font l'objet d'un examen, élaborées par le Groupe de travail. Le Groupe de travail a reçu quatre-vingt-quatorze réponses officielles. Ces réponses ont permis de constater que malgré des perspectives différentes sur le sujet, tous s'entendent pour dire que le secteur des soins infirmiers fait face à une crise et que tous les intervenants doivent immédiatement adopter une approche proactive.

Il se dégage une volonté générale de créer un comité consultatif national réunissant de nombreux les intervenants afin de régler les problèmes les plus urgents en matière de main-d'oeuvre infirmière et d'épauler les provinces et les territoires dans leurs démarches visant à surmonter les problèmes qui sont de leur ressort. Certains intervenants ont aussi suggéré de créer des organismes semblables dans les provinces ou territoires où il n'y a pas de mécanismes intégrés de planification et d'élaboration de politiques. Les intervenants du système de la santé reconnaissent le besoin d'augmenter les effectifs et d'améliorer la planification de la main-d'oeuvre infirmière. Pour y arriver, on a proposé de rassembler des données plus complètes sur le personnel infirmier. On a aussi fait valoir l'importance de mettre en place des activités de recherches nationales coordonnées qui permettront d'obtenir des données à partir desquelles on pourra élaborer les politiques nécessaires à la résolution des problèmes.

Même si l'on a reconnu que les questions se rattachant à la santé relèvent des provinces et des territoires, on s'est également déclaré d'accord pour que le gouvernement fédéral joue un rôle de chef de file dans l'élaboration de meilleures stratégies de gestion des ressources humaines, qui permettront de faire des projections futures plus précises sur l'effectif infirmier et la demande en personnel infirmier. De nombreux répondants ont affirmé qu'il était temps de mettre de côté les anciens modèles de gestion des ressources humaines du système de santé.

Même si les intervenants sont en faveur d'une augmentation du nombre d'étudiants dans les trois différentes orientations en soins infirmiers, la plupart des répondants ont laissé entendre que la hausse de 10 % du nombre de places dans les programmes de formation des infirmières autorisées, sur une

période de deux ans à la grandeur du Canada, était trop conservatrice. De nombreux répondants ont aussi mentionné que l'augmentation du nombre d'inscriptions en soins infirmiers devait se faire dans le cadre d'une meilleure gestion des ressources humaines qui tiendrait compte de l'ensemble de la profession et des changements touchant le système de la santé, la santé de la population et la démographie. Les associations qui représentent les infirmières autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées ont fait clairement savoir que leurs membres devaient faire partie prenante des activités de planification.

De nombreux répondants ont aussi insisté sur le fait que l'augmentation du nombre d'inscriptions dans les établissements d'enseignement des soins infirmiers devait se faire de concert avec un système d'attribution de stages en cliniques appropriés et l'assurance, pour les diplômés, d'obtenir un soutien et un poste à plein temps à la fin de leurs études afin de les retenir dans la profession et dans le système de santé.

Les organismes de réglementation professionnelles des infirmière autorisées et de nombreux groupes représentant cette catégorie d'infirmières se sont montrés en faveur de la création de nouveaux champs de compétences. Toutefois, ils ont aussi fait valoir qu'il fallait évaluer les répercussions de l'introduction de ces politiques pour éviter des réductions à court terme involontaires des effectifs. Ils ont également insisté sur le fait qu'il fallait continuer de répondre aux besoins de l'effectif actuel en matière de formation, plus particulièrement en formation continue, car celle-ci permet aux infirmières d'accroître leurs compétences et de se spécialiser.

Même si les organismes de réglementation professionnelles ont indiqué qu'il était nécessaire que l'on respecte leurs responsabilités législatives à l'égard de la sphère de fonctions et de compétence, ils proposent d'étudier la profession dans son ensemble. La majorité est d'avis que les infirmières devraient être utilisées au maximum de leurs compétences pour répondre aux besoins de la population et qu'il faudrait trouver le meilleur équilibre possible entre les infirmières et le personnel non-infirmier.

De nombreux intervenants ont suggéré que les solutions à la pénurie actuelle d'infirmières soient pragmatiques et innovatrices. Malgré les efforts concertés, les réalités sociales, démographiques et financières de ce nouveau siècle provoquent des changements structurels majeurs au niveau des effectifs en soins infirmiers, auxquels on ne peut réagir au moyen d'approches traditionnelles. Ainsi, de nombreux répondants ont indiqué la nécessité de mettre au point un meilleur système de gestion de la main-d'oeuvre actuelle. Plusieurs provinces signalent des problèmes sérieux de recrutement du personnel infirmier, même si leurs besoins varient grandement, qu'il s'agisse du personnel occasionnel, des infirmières spécialisées ou des autres groupes d'infirmières. Le maintien des effectifs dans leurs postes ou dans la profession est aussi un sérieux problème.

Selon plusieurs, la résolution des problèmes passe par l'amélioration de la qualité de vie au travail des infirmières. Une telle solution comporte différents aspects et, puisque la diversité des effectifs est grande, il n'y a donc pas de solution unique. Par contre, on a suggéré une meilleure formation continue qui prévoirait des possibilités de tranférabilité et de promotion, des horaires souples, un meilleur leadership en matière de soins infirmiers, un meilleur soutien clinique, de meilleurs ratios infirmière-patients afin de régler les problèmes de charge de travail, la réduction des tâches ne relevant pas des infirmières et la réduction du nombre d'employés occasionnels.

Finalement, il faut passer à l'action. Tous s'entendent pour dire que la situation actuelle provoquée par la pénurie de personnel infirmier et l'insatisfaction des infirmières ne s'améliorera pas tant que les organismes de financement n'agiront pas de façon rapide, décisive et unifiée.

ANNEXE C

Résumé de l'étude
The Nursing Workforce Study:
Changes in the Nursing Workforce and Policy Implications

Cette étude a été préparée à la demande du Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS) fédéral/provincial/territorial en vue de colliger des données fondamentales sur la disponibilité et la formation des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières psychiatriques autorisées de même que sur les pratiques des employeurs concernant le déploiement de toutes les ressources en soins de santé.

La première partie de l'étude, « Demographic Context and Health System Structure for Nursing Services in Canada », donne un aperçu général des changements démographiques et de la transformation des systèmes. On y décrit le contexte démographique de la pratique des soins infirmiers et la structure des systèmes de prestation de soins de santé provinciaux/territoriaux. Les analyses démographiques reposent sur les données du recensement de 1996. L'information sur les soins de santé dans les provinces/territoires est principalement tirée du document « La Réforme du système de santé au Canada, 1997 », produit par Santé Canada.

Dans la section suivante, « The Supply of Nursing Personnel in Canada », on s'intéresse aux données sur la disponibilité du personnel infirmier dans les provinces et les territoires en vue de dégager de l'information de base sur la situation professionnelle, le déploiement (lieu de travail, sphère de responsabilité, genre de poste, heures travaillées), l'âge ainsi que le genre et le lieu de formation chez les infirmières. L'analyse repose sur les données recueillies par les organismes de réglementation respectifs dans le cadre de leur processus de délivrance et de renouvellement du droit de pratique. On a eu recours, dans cette analyse, aux données secondaires de deux années différentes (soit 1990 et 1997) en vue de refléter la situation nationale et régionale quant à la disponibilité des infirmières au Canada.

La troisième section de l'étude, intitulée « An Inventory of Nursing Program Enrolments and Graduates in Canada by Province/Territory, 1998 », rend compte de la préparation du personnel infirmier au Canada. Un formulaire a été envoyé à des représentants provinciaux/territoriaux du CCRHS (il s'agissait habituellement de représentants du secteur de la formation) en vue de recueillir des données sur tous les programmes de formation en soins infirmiers dans leur province/territoire. On y sollicitait entre autres de l'information sur le genre de diplômes octroyés, la durée des programmes, le nombre d'étudiants à chaque année du programme, le nombre d'étudiants à plein temps, à temps partiel et recevant de l'enseignement à distance, et le nombre de diplômés en 1997 et en 1998. L'analyse comprend

une section sur l'incidence qu'aurait l'exigence d'un baccalauréat comme formation de base pour les infirmières.

Dans la section « Nursing Workforce Deployment: A Survey of Employers », on s'attarde aux pratiques et politiques des employeurs de chaque province/territoire quant au déploiement de leur main-d'oeuvre infirmière. Une enquête par sondage sur le déploiement a été réalisée pour chacun des groupes réglementés : les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières psychiatriques autorisées et les infirmières autorisées. Le questionnaire a aussi permis de recueillir de l'information sur d'autres professionnels et fournisseurs de soins aux patients non réglementé (p. ex., les aides-infirmières). Le questionnaire a été conçu afin d'obtenir l'information suivante : pratiques d'embauche (expérience exigée, déploiement, états de service, etc.), genre de services offerts et compétences jugées nécessaires pour fournir ces services, mesure dans laquelle on a recours à des travailleurs non réglementé des soins de santé pour la prestation de services infirmiers et changements prévus dans les pratiques de déploiement à la lumière des changements dans l'organisation du système de prestation de soins de santé.

La section finale du rapport, « Policy Issues in Nursing Workforce Supply and Deployment », constitue le résumé de chacune des sections décrites ci-dessus et une description des principaux enjeux politiques.

La portée et l'exhaustivité de l'examen de la disponibilité et du déploiement ont été limitées par divers facteurs. Tout d'abord, en ce qui a trait à la disponibilité, les données sur les infirmières autorisées obtenues auprès de l'ICIS et de Statistique Canada n'étaient pas uniformes selon les périodes et les provinces/territoires. Le problème de l'absence de certaines données dans certaines provinces et certains territoires a été exacerbé par des restrictions imposées par les « gardiens » de ces données : bien que certaines données puissent bel et bien exister, celles-ci n'étaient parfois pas accessibles pour l'étude, ce qui a limité la capacité des chercheurs à réaliser des analyses longitudinales. Un autre phénomène qui a compliqué l'examen approfondi des enjeux de la main-d'oeuvre infirmière est le fait que les bases de données sur les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées ne sont pas normalisées et sont incomplètes. Par ailleurs, le fait que certains questionnaires n'ont pas été complètement remplis a restreint la capacité d'examiner le volet formation.

Enfin, en ce qui a trait au déploiement, il faut tenir compte des limites inhérentes aux enquêtes par sondage. En outre, les limites associées à une structure de système changeante pour la définition efficace de l'univers de l'enquête peuvent altérer la généralisabilité des résultats.

ANNEXE D

SOMMAIRE DES STRATÉGIES DANS LE SECTEUR DES SOINS INFIRMIERS POUR LE CHANGEMENT

STRATÉGIE 1

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/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. En 2000-2001, le rôle principal du CCCSI consistera à proposer des moyens d'améliorer la qualité de vie au travail pour les infirmières et à donner des conseils sur le soutien de la mise en oeuvre des autres stratégies énoncées dans La stratégie pour les soins infirmiers au Canada.

STRATÉGIE 2

Un Comité consultatif sur les 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.

STRATÉGIE 3

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux encouragent les efforts déployés par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et par 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 afin de relever les lacunes dans la recherche actuelle, de délimiter les questions relatives à la planification de la main-d'oeuvre pour le financement de nouvelles recherches et de recommander de meilleurs mécanismes pour la diffusion des résultats de la recherche aux décideurs et aux gestionnaires.

STRATÉGIE 5

Le gouvernement fédéral assume un rôle de leadership en ce qui concerne l'élaboration de meilleures projections de l'effectif et de la demande en infirmières pour l'année 2015.

STRATÉGIE 6

Il faut élaborer une stratégie de communication ayant pour but d'améliorer la perception du public à l'égard d'une carrière en soins infirmiers et d'augmenter le nombre de candidats qualifiés 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 % à la grandeur du Canada par rapport aux niveaux de 1998-1999 au cours des deux prochaines années (2000-2002), et son augmentation au cours des années suivantes doit être fondée sur de meilleures projections de la demande ainsi 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 dont on a besoin pour chaque milieu de pratique à partir 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 maintien de l'effectif pour leur main-d'oeuvre respective et en appuyer la mise en oeuvre, lesquelles stratégies doivent être axées sur l'amélioration de la qualité de vie au travail.

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.