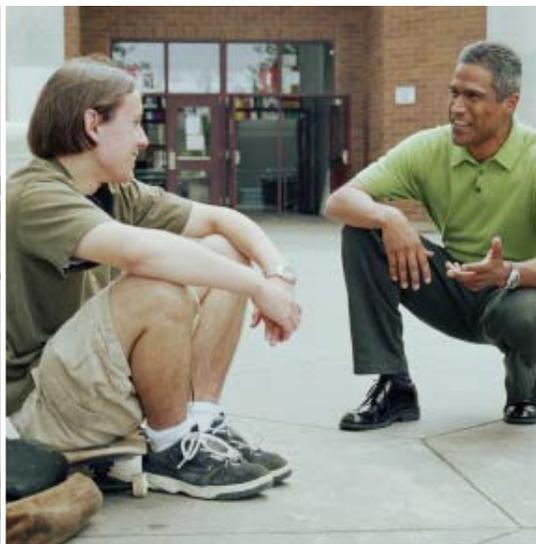




Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour  
les ressources humaines infirmières au Canada

# RAPPORT FINAL – PHASE I



## I. Introduction

Le présent rapport constitue le rapport final de la Phase 1 du projet *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada*. Le projet, sous la direction d'un comité directeur pancanadien constitué d'infirmières auxiliaires autorisées (IAA), d'infirmières autorisées (IA), d'infirmières psychiatriques autorisées (IPA), d'employeurs, de syndicats, d'éducateurs, de médecins et de représentants des gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral, avait pour but d'élaborer une stratégie éclairée et à long terme visant à assurer qu'il y a un nombre suffisant d'infirmières compétentes et expérimentées pour répondre aux besoins en constante évolution de la population canadienne en matière de soins de santé. Au moyen de sondages, d'entrevues, d'analyses documentaires et d'autres outils de recherche, le projet *Construire l'avenir* présente le premier rapport détaillé sur l'état des ressources humaines infirmières au Canada jusqu'à maintenant. Un certain nombre de rapports techniques ont également été produits. Ces derniers présentent les résultats détaillés de recherches à l'appui des conclusions et des recommandations clés qui font l'objet de l'actuel tableau récapitulatif de la Phase 1. On peut les consulter, ainsi que le rapport de synthèse sur la recherche, sur le site Web de l'Étude [www.construirelavenir.ca](http://www.construirelavenir.ca). Les annexes A et B de ce rapport contiennent la liste des membres du Comité directeur et des rapports techniques.

Les recommandations du Comité consultatif du projet *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada* découlent du rapport de recherche final terminé en décembre 2004.<sup>i</sup> L'objectif de cette initiative pancanadienne est d'élaborer une stratégie informée et intégrée pour le marché de la main-d'œuvre, et ce, pour les trois professions réglementées du domaine des soins infirmiers – les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), les infirmières autorisées (IA) et les infirmières psychiatriques autorisées (IPA) – au Canada dans l'optique des besoins futurs des Canadiens en matière de santé, ainsi qu'un plan durable et coordonné en matière de ressources humaines de la santé.

On a eu recours à une combinaison de méthodes dans le but d'obtenir les points de vue des infirmières, employeurs, syndicats, étudiants, éducateurs, associations professionnelles, organismes de réglementation, gouvernements et autres intervenants du domaine de la santé. Bien que la fiabilité des données ait été soumise à des tests rigoureux, il faut tenir compte de certaines restrictions. On note un manque de renseignements principalement en ce qui a trait au volet formation des infirmières psychiatriques autorisées (IPA), principalement en raison d'un manque de collaboration de la part des écoles. Sans égard aux restrictions, le projet *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada* présente l'analyse la plus complète au chapitre des ressources humaines pour les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), les infirmières autorisées (IA) et les infirmières psychiatriques autorisées (IPA) au Canada.<sup>ii</sup> On a effectué une analyse complète de la documentation; cette analyse en combinaison avec les autres méthodes sont à la base de nombreuses recommandations contenues dans le rapport.<sup>iii</sup> Les résultats de la recherche indiquent actuellement une situation préoccupante au chapitre des ressources humaines infirmières au Canada.

La restructuration du système de santé à laquelle on a procédé au cours des dix dernières années a nui de façon importante aux infirmières, ce qui a entraîné des changements déterminants pour le personnel infirmier. Les organisations de soins de santé ont déployé beaucoup d'efforts pour faire face à la réforme de la santé, aux défis financiers et aux changements survenus au sein du personnel infirmier. Ces efforts



se sont traduits par la mise en place de politiques qui ont eu des effets négatifs sur la qualité de vie au travail des infirmières professionnelles, par exemple, les heures supplémentaires accrues (particulièrement forcées et non payées), la précarisation de l'effectif infirmier, l'utilisation de plus en plus abondante d'intervenants de la santé non réglementés et une charge de travail accrue. Ces développements sont à l'origine d'une insatisfaction croissante au sein des infirmières professionnelles de telle sorte que nombreuses sont celles qui ont abandonné la profession. De plus, on reconnaît aujourd'hui généralement que les changements qui touchent la vie professionnelle des infirmières ont aussi des effets négatifs sur la qualité des soins aux patients. Cette situation est insoutenable et ne pas traiter ces questions constitue une menace sérieuse à la qualité des soins au patient au Canada. La promotion de soins de qualité exige que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi que les intervenants en soins infirmiers collaborent en vue d'élaborer des stratégies visant à répondre aux questions importantes soulevées dans le présent rapport. Compte tenu de l'état actuel des ressources humaines infirmières au Canada et à l'étranger, il est important de donner suite aux recommandations contenues dans ce rapport dans une perspective d'urgence.

Ce rapport final de la Phase I fait état de dix recommandations en réponse aux priorités précisées dans l'étude. On reconnaît que la mise en œuvre des recommandations formulées dans ce rapport incombe aux gouvernements provinciaux et territoriaux, aux employeurs, aux organismes de réglementation et, collectivement, à d'autres groupes d'intervenants. Des stratégies devront être mises en œuvre de concert avec les employeurs, les associations professionnelles, les syndicats et les autres groupes d'intervenants. Si la mise sur pied d'initiatives stratégiques visant à résoudre les problèmes locaux relève d'une démarche individuelle autonome, la collaboration entre les juridictions, lorsqu'elle est appropriée et faisable, bénéficiera au Canada en entier.

Les recommandations que formule ce rapport ne doivent pas être perçues comme des éléments isolés ou indépendants les uns des autres, mais plutôt comme des éléments mutuellement complémentaires. Il est connu que de nombreux territoires/provinces ont déjà entrepris de résoudre la plupart des questions soulevées dans le présent rapport, ou songent à le faire prochainement. Enfin, il est important de noter que les ressources financières et humaines nécessaires à la mise en œuvre des recommandations stipulées dans ce rapport n'ont pas encore été déterminées dans plusieurs cas.

Les recommandations découlant de l'Étude sont présentées sous forme de trois grandes catégories de ressources humaines en santé : planification, recrutement et maintien en fonction des ressources humaines en santé, et formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient. Ces catégories sont conformes à la Stratégie relative aux ressources humaines en santé.<sup>iv</sup> La stratégie a été élaborée en fonction des réformes contenues dans l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé dans le but de soutenir le système de soins de santé publique du Canada dans l'avenir et d'assurer un accès en temps utile à des soins de qualité.<sup>v</sup> De plus, les résultats de cette recherche et les recommandations formulées par suite de cette étude sont compatibles avec deux rapports précédents : 1) *Engagement et soins : Les avantages d'un milieu de travail sain pour les infirmières, leurs patients et le système*,<sup>vi</sup> la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et la Change Foundation; et 2) *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*,<sup>vii</sup> du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers.



Les résultats de ces travaux de recherche approfondis et les recommandations formulées à la Phase I seront examinés avec les groupes d'intervenants en soins de santé dont les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral lors de la Phase II du projet. L'objectif global de ce dialogue est non seulement de partager les constatations et les recommandations avec les groupes d'intervenants, mais également d'encourager l'élaboration de stratégies et de plans d'actions au sein du cadre de planification des ressources humaines en santé des territoires, des provinces et de l'État par tous les intervenants.



## II. Planification des ressources humaines en santé

Les infirmières forment le groupe le plus important d'intervenants du domaine de la santé et un effectif suffisant en infirmières au sein de tous les groupes d'intervenants réglementés est essentiel à la prestation constante et renforcée de soins de santé de qualité. Une approche davantage intégrée et généralisée en matière de planification des ressources humaines en santé assurera un effectif et une distribution d'infirmières optimaux en harmonie avec les besoins en santé de la population. Quatre recommandations sont formulées pour atteindre cet objectif :<sup>viii</sup>

### Recommandation 1

#### Créer un bassin d'infirmières stable.

En reconnaissant que le Canada est aux prises avec une pénurie d'infirmières qui va en s'aggravant et qui est devenue l'une des principales préoccupations des gouvernements, des établissements d'enseignement et d'autres planificateurs en soins de santé, une partie de cette recherche porte précisément sur l'effectif infirmier au sein des trois groupes réglementés.

#### Analyse raisonnée

- On a effectué des simulations de personnel infirmier par province/territoire et par groupe d'infirmières pour analyser : (a) l'incidence relative du vieillissement de la main-d'œuvre et des taux de recrutement et de maintien en fonction en ce qui a trait à la taille des effectifs et de la répartition selon l'âge dans le futur; (b) l'effet de l'augmentation du nombre de places de formation offertes d'après différents scénarios de recrutement et de maintien en fonction; et (c) les effets à court terme par rapport aux effets à long terme liés au changement de l'âge de la retraite. Les modèles de simulation tenaient tous les deux compte de l'exactitude des projections en matière de ressources infirmières et déterminaient les facteurs clés pouvant influencer sur les tendances en matière de ressources.<sup>ix</sup>
- Les résultats de la recherche indiquent qu'une grande partie des infirmières sont âgées de plus de 50 ans, et que celles-ci seront admissibles à une retraite anticipée ou à une pleine retraite au cours des prochaines années. Retarder l'âge de la retraite des infirmières pourrait freiner considérablement les pertes sur le plan de la main-d'œuvre au cours des cinq à dix prochaines années. Par conséquent, il est nécessaire d'accorder la priorité au maintien en fonction des infirmières.<sup>x</sup>
- Le motif le plus fréquemment invoqué pour abandonner la profession infirmière, c'est la retraite. On a constaté que les infirmières plus âgées et celles ayant des enfants à charge de moins de 16 ans étaient les moins susceptibles d'abandonner leur emploi. En outre, plus l'infirmière occupe son poste longtemps, moins elle est susceptible de songer au départ. Les nouvelles infirmières (celles enregistrées auprès d'un organisme provincial de réglementation



professionnelle au cours des trois dernières années), les infirmières qui étudient en vue de l'obtention d'un diplôme et celles qui prévoient la précarité de leur poste dans un avenir prévisible sont les plus prédisposées à abandonner leur poste actuel.<sup>xi</sup>

- Le nombre d'infirmières immigrantes s'est accru de 1999 à 2002. Les 1 528 infirmières autorisées entrées au Canada en 2001 constituent 21,8 % des entrants associés à des postes en soins de santé. La plupart de ces infirmières viennent du Royaume-Uni et des Philippines. Les renseignements relatifs aux infirmières auxiliaires autorisées et aux infirmières autorisées sont limités. Bien que le recrutement international puisse sembler une solution à court terme, en situation isolée, cette stratégie aggrave les pénuries et retarde les mesures visant à améliorer les conditions d'emploi dans les pays hôtes.<sup>xii xiii</sup>
- La mobilité interprovinciale s'est accrue de 1990 à 1997, les provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de la Nouvelle-Écosse et de l'Ontario affichant le plus haut taux d'immigration. Les raisons pour lesquelles les infirmières se déplacent vers d'autres provinces sont, entre autres : les perspectives d'emploi, de meilleurs avantages sociaux et des revenus plus élevés, l'espoir de meilleures conditions de travail et des chances d'avancement personnel/professionnel accrues. Les taux de migration sont les plus élevés vers les provinces qui offrent aux infirmières des programmes d'avantages sociaux plus lucratifs.<sup>xiv</sup>
- Un leadership infirmier fort au sein des organisations est un facteur déterminant dans la décision de l'infirmière de conserver son poste actuel.<sup>xv</sup>

### Mesures suggérées

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- La création de conditions visant à prévenir les écarts cycliques futurs de l'offre, y compris : la surveillance des répartitions d'âges dans la planification des ressources humaines, le suivi des différences régionales au chapitre de l'effectif infirmier et des infirmières qui abandonnent la profession, et l'intégration de nouveaux indicateurs relatifs aux questions d'offre à long terme en regard de la planification des ressources humaines.<sup>xvi</sup>
- Évaluation systématique de la rémunération des infirmières dans le but d'élaborer des stratégies concrètes visant à traiter les questions relatives à la rémunération, y compris les avantages sociaux.<sup>xvii</sup>



## Recommandation 2

**Adopter une formule pancanadienne à l'égard de la formation infirmière en collaboration avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral afin de former un nombre suffisant de diplômées qualifiées pour répondre aux besoins de main-d'œuvre.**

Le nombre d'infirmières requis pour répondre aux besoins futurs du système doit être établi et réévalué sur une base permanente. La recherche fournit des renseignements sur les programmes d'éducation courants y compris les inscriptions actuelles, les plans d'inscriptions futurs, les ressources disponibles, les contraintes exercées sur les ressources et l'accès aux stages cliniques et aux professeurs. On y explique également pourquoi les membres des Premières Nations, les Afro-Canadiens et les hommes en général sont sous-représentés au sein de la profession infirmière.<sup>xviii xix</sup>

### Analyse raisonnée

- Plus de 80 % des programmes de formation infirmière peuvent accueillir davantage de participants. La moitié des programmes de formation infirmière qui préparent les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), et 60 % de ceux qui préparent les infirmières autorisées (IA) se disent aux prises avec des difficultés à gérer leurs volumes d'étudiants avec les ressources dont ils disposent (on n'a obtenu aucune donnée sur les infirmières psychiatriques autorisées). De plus, les coûts réels associés à la prestation de cours en formation infirmière n'ont pas été évalués suffisamment.<sup>xx</sup>
- On constate un manque flagrant de collaboration et de communication entre les éducateurs des trois groupes.<sup>xxi</sup>
- On a examiné les programmes de formation des IAA et on a déterminé que la moitié de ceux-ci étaient insuffisamment pourvus en ressources pour pouvoir gérer leurs inscriptions courantes. Les écoles de formation des IAA ont été capables d'embaucher des membres du corps professoral qui possèdent les compétences requises pour pourvoir les postes vacants, l'attestation d'études préférée étant le baccalauréat en sciences infirmières.<sup>xxii</sup>
- Les écoles de formation des IA ont été confrontées à des défis similaires, soit la difficulté d'attirer les ressources nécessaires pour gérer leur effectif actuel. Le taux de participation des Autochtones et des hommes continue d'être faible. Les stages cliniques en soins de courte durée et au sein de la collectivité continuent de représenter un obstacle important à la capacité des écoles à augmenter leurs inscriptions. Les pénuries d'enseignants possédant une maîtrise ou un doctorat ont perduré en raison du nombre limité d'inscriptions aux programmes canadiens menant à un grade universitaire en sciences infirmières.<sup>xxiii</sup>



- On a examiné les incitatifs et les facteurs de dissuasion auxquels font face les personnes qui songent à faire carrière au sein de la profession infirmière. Parmi les facteurs qui ont influencé les personnes dans leur choix de la profession infirmière, on note les conseils de la famille et des amis, le caractère intéressant et souple du programme, l'accès aux renseignements sur les choix de carrières et les conseils d'autres infirmières ou ceux de la faculté des sciences infirmières. Les étudiants qui font leur entrée en sciences infirmières doivent surmonter un certain nombre d'obstacles dont le coût des droits de scolarité et des livres, les frais de subsistance, en plus de devoir assumer leurs responsabilités familiales et personnelles. Parmi les facteurs dissuasifs principaux, on note la perception négative de la profession infirmière, le faible niveau d'autonomie et de prise de décision, de mauvaises conditions de travail, le risque élevé de poursuite en justice et le risque pour la santé de l'infirmière.<sup>xxiv xxv</sup>

### Mesures suggérées

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- La création d'un forum pour faciliter le dialogue et la collaboration, par exemple, un conseil qui serait formé de représentants des trois groupes de la profession infirmière et de leurs groupes d'intervenants reliés.
- L'examen des répercussions de l'accroissement des inscriptions aux programmes de sciences infirmières en termes d'exigences sur le plan des ressources tant financières que humaines.<sup>xxvi</sup>
- La prise en compte des facteurs incitatifs et dissuasifs auxquels font face les personnes qui envisagent une carrière au sein de la profession infirmière au Canada.
- La création d'initiatives ciblées qui visent à assurer la diversité des effectifs, particulièrement en abordant le problème de la faible représentation des membres des Premières Nations, le premier peuple du Canada, et l'admission des hommes dans les écoles de sciences infirmières.<sup>xxvii</sup>
- Offrir de l'aide au chapitre des droits de scolarité et de subsistance aux diplômés et aux autres étudiants. Cette aide pourrait se traduire, par exemple, par :
  - Un accès plus facile aux prêts aux étudiants;
  - L'établissement de conditions souples pour le remboursement/la radiation du prêt;
  - L'utilisation accrue de l'option d'externat, régime selon lequel les étudiants travaillent au sein des organisations de santé entre la troisième et la quatrième année de leur formation infirmière.<sup>xxviii</sup>



- Entreprendre une étude qui vise à déterminer le coût de la formation infirmière y compris les stages en clinique et les autres ressources nécessaires.<sup>xxix</sup>
- Le partage des pratiques exemplaires entre les écoles dans le but d’assurer un maintien en fonction de l’ordre de 80 %.
- L’amélioration de la formation et du soutien aux chapitres des communications, de l’information et des techniques de diagnostic dans les écoles de sciences infirmières.<sup>xxx</sup>

### Recommandation 3

#### **Mettre l’accent sur la collecte de données afin d’améliorer la planification des ressources humaines.**

Il nous faut investir dans la création et la tenue à jour de bases de données facilement accessibles qui nous permettront de comparer les écarts entre les juridictions, dans le but de faciliter la planification des ressources humaines infirmières.

#### **Analyse raisonnée**

La planification des ressources humaines exige que l’on tienne compte d’un certain nombre de facteurs comme les besoins en santé de la population, la charge de travail, la productivité et la composition des effectifs. Les sources des données dans ces secteurs, excepté peut-être pour les données sur la santé de la population, sont peu développées dans la plupart des provinces et des territoires. Il y a pénurie de données disponibles à l’extérieur du secteur des soins de courte durée.<sup>xxx</sup> L’investissement dans la mise sur pied de bases de données de ressources humaines infirmières dans un but de planification permettra la comparaison entre les juridictions et à l’intérieur de celles-ci, et il constituera la caractéristique essentielle d’une stratégie pancanadienne à long terme relative aux ressources humaines en soins infirmiers.

Il est nécessaire de coordonner les efforts au niveau national afin de préciser les renseignements recueillis à l’intention des IAA, des IA et des IPA. Il est nécessaire que les données englobent des facteurs qui favorisent la mobilité et attirent les infirmières dans des régions précises. La collaboration nationale et internationale au chapitre de la planification du personnel infirmier est essentielle à la création des bases de données internationales/statistiques sur la main-d’œuvre infirmière.<sup>xxxii</sup>

#### **Mesures suggérées**

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l’appui de cette recommandation, on retrouve :

- L’investissement permanent dans l’élaboration de normes nationales de collecte de données aux niveaux provinciaux et territoriaux dans le but d’assurer la compatibilité et la cohérence des méthodes de rapport. Les bases de données pourraient comporter, par exemple, une liste actuelle des infirmières inscrites et disponibles par juridiction et par classification professionnelle,



des données sur l'emploi et des données démographiques ainsi que des données portant sur la rémunération et les avantages sociaux reliés.<sup>xxxiii</sup>

- Des investissements sont nécessaires sur le plan technique (matériel informatique, logiciels) afin d'appuyer la création de bases de données nationales de ressources humaines infirmières. Le processus pourrait englober, entre autres, la collecte de données pertinentes à la rémunération et aux avantages sociaux inhérents, dans le cadre de la mise à jour annuelle des bases de données de l'ICIS relatives aux infirmières auxiliaires autorisées (IAA), aux infirmières autorisées (IA) et aux infirmières psychiatriques autorisées (IPA).<sup>xxxiv</sup>
- L'élaboration de normes visant la création d'un identificateur unique pour les infirmières (p. ex., un numéro confidentiel, unique, attribué à vie à une personne soit lors de son inscription à un programme de formation, soit lors d'une première demande de permis d'exercice) dans le but de faciliter le repérage longitudinal des infirmières tout au long de leur formation et de leur carrière.<sup>1</sup> L'identificateur unique servira à suivre la mobilité entre les provinces, à fournir des données pour faciliter les projections relatives aux effectifs et à prévoir les exigences des programmes de formation.<sup>xxxv</sup>

## Recommandation 4

**Utiliser un cadre de planification des ressources humaines en santé fondé sur les besoins en santé de la population dans le but de planifier les ressources infirmières.**

La planification des ressources humaines en matière de santé doit évoluer au-delà de la simple prévision de l'offre et de la demande afin d'éviter la répétition des cycles « d'emballement et d'effondrement ». Une formation appropriée et la répartition des ressources infirmières seront essentielles au cours des deux à trois prochaines années.

Les évaluations de nombreuses études sont fondées sur des modèles qui s'appuient sur la prémisse que les besoins en soins de santé et les méthodes de production et de prestation des services ne changeront pas avec le temps. Les modèles de planification des ressources humaines doivent tenir compte des changements démographiques et de l'état de santé de la population par région et par secteur, et répartir les ressources infirmières en se basant sur ces besoins.<sup>xxxvi</sup>

<sup>1</sup> Les membres du Comité directeur de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) n'accordent pas leur appui à cette action en exemple pour les IAA au Québec.



### Analyse raisonnée

- La planification des ressources humaines en matière de santé est un processus complexe dont le but est de trouver les ressources humaines disponibles pour combler les besoins en ressources. L'objectif principal de la planification des ressources humaines en matière de santé a porté jusqu'à maintenant sur les répercussions des changements démographiques sur les intervenants de la santé et les questions rudimentaires d'offre et de demande. Les analyses tendaient à mettre l'accent sur l'estimation des pénuries ou des surplus au chapitre des groupes d'intervenants et à évaluer les répercussions des changements proposés sur l'ampleur des programmes de formation. <sup>xxxvii</sup>
- Les besoins en infirmières ne peuvent pas être déterminés en vase clos, indifféremment de considérations plus larges liées aux changements dynamiques de l'épidémiologie dans la population et de la prestation des services de soins de santé.
- Il est incontestable que la santé de la population canadienne s'est améliorée au cours de la dernière décennie du 20<sup>e</sup> siècle. Toutefois, il est également démontré que les maladies chroniques ont augmenté dans tous les groupes d'âges adultes (à l'exception des jeunes femmes) et qu'il existe une tendance à la baisse dans les estimations subjectives des états de santé chez les aînés. <sup>xxxviii</sup>
- Les améliorations constatées au chapitre de la santé parmi tous les groupes d'âges ne signifient pas que l'on a besoin de moins de soins de santé. Même si le niveau de soins que requiert le citoyen moyen âgé de 65 ans est moindre, on doit tenir compte de la tendance générale inhérente au vieillissement de la population dans le processus de planification des ressources humaines en matière de santé. Ces tendances donnent à penser que les hypothèses sous-jacentes aux méthodes traditionnelles de planification des ressources humaines en santé, si l'on tient pour acquis que le ratio niveaux de soins/âge est constant, pourraient généralement surestimer les exigences en matière de ressources humaines en santé, et plus particulièrement des infirmières. <sup>xxxix</sup>
- On a déterminé que les ressources humaines constituaient une priorité en matière de politique de la santé au Canada. Il est important de prendre en compte le rôle changeant des infirmières au chapitre de la production et de la prestation des soins ou les besoins changeants de la population au fil du temps dans la planification. <sup>xl</sup>



### Mesures suggérées

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- Lorsqu'ils définissent des modèles de prévision, les planificateurs doivent prendre en compte les répercussions qu'auront les changements planifiés et certaines initiatives liées à la réforme du système de santé actuel sur la prestation des soins. Ils doivent également accorder un intérêt particulier aux tendances en matière de santé manifestées au sein des populations afin que leurs estimations des exigences futures en ressources humaines infirmières soient probantes.<sup>xli</sup>
- Soutenir et pousser la recherche et la collecte de données dans tous les secteurs de la santé, particulièrement en ce qui a trait aux soins de longue durée et à la santé communautaire, afin de mieux saisir l'étendue réelle des besoins en santé et de mieux déterminer la composition des effectifs nécessaires pour répondre à ces besoins.
- Effectuer d'autres travaux de recherche qui se portent sur les répercussions de la réforme du système de santé, l'évolution de l'état de santé et des données démographiques de la population, les niveaux grandissants du caractère aigu des cas qui se présentent et la permanence des pénuries de personnel infirmier sur la planification des ressources humaines en santé.
- La reprise des simulations et des prévisions tous les cinq ans.



### III. Maintien en fonction et recrutement

En règle générale, on admet que le fait d'augmenter le nombre d'intervenants de la santé améliorera la rapidité d'accès aux services de santé. Compte tenu de l'importance des infirmières lorsqu'il s'agit de dispenser des soins de qualité et de promouvoir la sécurité des patients, il est essentiel que les stratégies de recrutement et de maintien en fonction tiennent compte de la pénurie d'infirmières qui sévit actuellement au Canada. Cela signifie qu'il faut promouvoir la profession infirmière comme carrière et accroître la diversité au sein des infirmières afin de refléter la mosaïque canadienne. Le Comité consultatif formule les trois recommandations suivantes :

#### Recommandation 5

**Faire appel à des pratiques fondées sur des résultats pour communiquer les décisions en matière de dotation, dont les décisions relatives au maintien en fonction et au recrutement.**

Les infirmières gestionnaires principales ont indiqué qu'elles appuient parfois leurs décisions concernant la répartition et la composition des effectifs, les ratios infirmières/patients, l'organisation de la charge de travail des infirmières et la restructuration, sur les résultats tangibles tirés des recherches. Toutefois, la présente recherche sur la gestion des ressources infirmières était limitée et, la plupart du temps, elle était effectuée en milieu hospitalier et des travaux de recherche limités étaient réalisés dans les secteurs des soins de longue durée et des soins communautaires.

#### Analyse raisonnée

- Dans le secteur des soins de courte durée, on a réalisé un certain nombre d'études exhaustives qui résument les travaux de recherche disponibles sur l'incidence des niveaux de dotation en personnel infirmier par rapport aux résultats pour les patients, à la qualité des soins et à la sécurité des patients, ainsi qu'à la santé des infirmières. Une étude des chefs de la direction, des infirmières gestionnaires principales, des chefs syndicaux et des infirmières menée dans le cadre de cette étude a révélé que les résultats ont joué un rôle important dans le processus de décision. Les résultats de cette recherche portent non seulement sur des faits connus à propos des facteurs qui influent sur les décisions de l'employeur, mais aussi sur les répercussions perçues de ces décisions sur les ressources infirmières et les conditions de travail au Canada.<sup>xlii</sup>
- Pour résoudre les problèmes de pénurie, on a signalé les stratégies suivantes : augmentation des heures supplémentaires (souvent involontairement), une composition de l'effectif modifiée pour tenir compte du personnel disponible, une utilisation accrue des soins de santé communautaires et une prolongation du temps d'attente pour les services.<sup>xliii</sup>
- La compression des coûts et le désir d'améliorer la qualité des soins sont les facteurs décisionnels les plus fréquemment invoqués par les chefs de la direction dans le processus de prise de décision. Par ailleurs, la qualité des soins suivie de la compression des coûts ont été les



facteurs les plus déterminants dans le processus décisionnel des infirmières gestionnaires principales. Ces divergences pourraient mener à des conflits dans les décisions qui sont prises à propos de la gestion des soins infirmiers et des ressources infirmières. Ces décisions sont liées de façon intrinsèque aux résultats pour les patients (y compris la sécurité du patient) et à la satisfaction professionnelle des infirmières.<sup>xliv</sup>

- Les conseils d'administration et les équipes de gestionnaires supérieurs doivent être conscients des pénuries de personnel infirmier et des solutions fondées sur les résultats, deux éléments qui garantissent la sécurité du patient et sur lesquels s'appuient le maintien en fonction et le recrutement des infirmières. La planification et le leadership infirmier efficaces, au niveau supérieur et aux points de prestation des soins, sont des éléments de première importance lorsqu'il est question de recrutement et de maintien en fonction des infirmières.<sup>xlv</sup>
- Les décideurs souhaitent modifier les systèmes de prestation des soins dans le but d'en améliorer l'efficacité et l'efficience. Les infirmières gestionnaires principales ont proposé que les modèles de soins primaires fassent mention de moins d'incidents négatifs comme les chutes, les erreurs de médication et le total des incidents médicaux et fassent la promotion d'une meilleure continuité de soins.<sup>xlvi</sup>

### Mesures suggérées

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- une plus grande capacité sur le plan de la recherche en soins infirmiers dans le but de promouvoir la pratique des soins infirmiers fondée sur les résultats, l'éducation, l'administration et l'élaboration de politiques;
- la mise de l'avant d'activités visant à hausser la diffusion et l'utilisation de la recherche en soins infirmiers;
- la réalisation d'autres travaux de recherche sur les avantages d'une formule de composition d'un effectif de remplacement y compris le recours aux IAA et aux IPA dans d'autres secteurs comme les soins de longue durée, les soins palliatifs, les soins à domicile, les cliniques de santé communautaires et les autres soins de santé communautaires;
- la réalisation de recherches ayant pour objectif d'examiner les répercussions des décisions en matière de dotation, de composition des effectifs et d'utilisation du personnel à la fois du point de vue du soignant que de celui des résultats pour le patient.



## Recommandation 6

**Mettre en œuvre des mécanismes efficaces et efficients visant à résoudre les problèmes de charge de travail et à améliorer les résultats pour le patient, les infirmières et les systèmes.**

Les infirmières forment le groupe de professionnels de la santé le plus important. La pénurie d'infirmières a des répercussions directes sur la santé et la vie professionnelle des infirmières et sur la sécurité des patients. La restructuration du système de santé, l'augmentation de la charge de travail, les réductions de personnel, les compressions budgétaires et une demande accrue pour les services de santé aggravent les effets de la pénurie d'infirmières. La surutilisation du personnel infirmier pour contrer la pénurie d'infirmières est un problème et constitue une stratégie inefficace dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

### Analyse raisonnée <sup>xlvii</sup>

- Les infirmières ont déclaré que les changements les plus importants survenus au cours des deux dernières années ont été « ceux apportés aux heures travaillées ». On a relevé une augmentation du nombre d'heures travaillées par semaine au sein des trois groupes d'infirmières. Un certain nombre d'infirmières étaient en congé temporaire et plusieurs ont déclaré chercher un emploi à temps plein dans le domaine des soins directs.
- Tous les groupes d'infirmières avaient subi une augmentation des heures supplémentaires au cours de la dernière année, mais les données révèlent que la hausse et l'incidence négative les plus marquées ont trait aux heures supplémentaires forcées non payées. Les infirmières ont travaillé un plus grand nombre d'heures supplémentaires forcées non payées en 2002-2003 par rapport à 2001-2002.

### Résultats pour les patients :

- Les améliorations notables relevées au chapitre de la qualité des soins au patient ont été associées à une augmentation des ressources, à des relations médecin/infirmière plus efficaces, à des niveaux d'autonomisation plus élevés, à un leadership plus fort et à une diminution des retards d'intervention dans la prestation des soins au patient.
- Le tiers des infirmières est d'avis que la qualité des soins au patient a décliné au cours de la dernière année (2002-2003). Dans l'ensemble, le plus haut pourcentage d'infirmières de tous les groupes s'étant prononcés sur les « interventions auprès du patient n'ayant pas été terminées par le personnel du quart précédent » travaille dans le secteur des soins de longue durée.
  - Les interventions non terminées ont été associées à des infirmières disposant de moins de ressources et d'une faible capacité de prise de décision, et à des infirmières surutilisées dans leur milieu de travail.



- Elles retardaient les interventions lorsqu'elles disposaient de moins de ressources, avaient changé de quart de travail fréquemment et avaient été surutilisées. Les risques associés aux erreurs de médication augmentaient considérablement lorsque les quarts de travail se prolongeaient au-delà de 12 heures, lorsque les infirmières effectuaient des heures supplémentaires ou que leur semaine de travail se prolongeait au-delà de 40 heures. Un plus grand nombre d'événements défavorables pour les patients survenaient lorsque les infirmières effectuaient des heures supplémentaires.
- Les interventions omises ou retardées étaient associées à une augmentation des incidents comme les chutes de patients, les erreurs de médication, etc.

#### **Résultats pour les infirmières :**

- Plus de 70 % des infirmières canadiennes ont déclaré s'être absentes en raison d'une maladie de courte durée, soit de un à cinq jours en moyenne, au cours de la dernière année.
- Le nombre de réclamations d'indemnités d'accident du travail, quantifié en termes de quarts de travail manqués, portait sur les blessures survenues au cours de l'année 2002-2003, différait selon les groupes professionnels, les statuts d'emploi et les secteurs d'emploi.
- Les infirmières plus âgées ont invoqué les maladies physiques le plus fréquemment comme motif d'absence du travail au cours de la dernière année alors que les infirmières plus jeunes se sont absentes du travail pour des motifs de santé mentale.
- Certaines IAA, IA et IPA ont déclaré avoir été victimes d'agression verbale.
- Les infirmières qui s'attendaient à une instabilité de leur poste et avaient été victimes de violence au travail étaient davantage susceptibles d'être insatisfaites de leur poste actuel.
- Les milieux de travail influent sur la santé physique et mentale des infirmières. Les infirmières étaient moins susceptibles d'être en bonne santé physique et mentale lorsqu'elles étaient forcées de travailler des heures supplémentaires ou qu'elles choisissaient de réduire leurs heures de travail (de temps complet à temps partiel ou occasionnel).
- Dans un contexte d'insécurité d'emploi, le pourcentage d'infirmières en mauvaise santé mentale était plus élevé. Les IA à qui on a demandé de changer d'unité/d'emplacement au cours de la dernière année sont celles qui ont déclaré le plus haut taux de maladies mentales.
- Les infirmières qui abandonnent la profession en raison d'une charge de travail trop lourde sont en moins bonne santé que celles qui abandonnent pour d'autres raisons.



**Résultats pour les systèmes :**

- Plus les infirmières jouissaient d'autonomie, d'imputabilité au travail et de ressources combinées à un fort leadership au travail, plus elles étaient susceptibles d'être satisfaites de leur poste actuel.
- On déclare des relations de travail médecin/infirmière plus efficaces lorsque les infirmières occupent leur poste plus longtemps, ont plus d'autonomie et plus de ressources, peuvent compter sur un leadership plus fort ou se sentent plus libres d'agir.

**Mesures suggérées**

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- Adopter d'urgence des mesures visant à résoudre le problème des heures supplémentaires, lequel a des répercussions négatives sur les soins aux patients, la sécurité des patients et la santé des infirmières. Ces mesures comprennent aussi l'élimination des heures supplémentaires non payées, l'arrêt des heures supplémentaires obligatoires payées, la réduction des heures supplémentaires payées et la création de postes à temps plein.
- Améliorer et instaurer des systèmes de gestion de charge de travail plus efficaces. Par exemple, examiner la possibilité d'instaurer un système de mesure de la charge de travail qui serait fiable, valide et comparable dans tous les secteurs. Les futurs systèmes de mesure de la charge de travail doivent englober plus d'une mesure pour que l'on puisse déterminer la complexité d'un cas à la fois du point de vue infirmier et du point de vue médical, tenir compte des caractéristiques du milieu de travail et du lien entre les résultats.
- S'assurer que les infirmières disposent de suffisamment de ressources pour répondre aux besoins du patient. Ces mesures aideront à améliorer la sécurité des patients, à prévenir les événements défavorables pour les patients et à améliorer la santé et le mieux-être des infirmières.
- Création d'un plus grand nombre de postes à temps plein pour tous les groupes professionnels. Le nombre total d'IA qui occupent un poste dans le secteur des soins infirmiers a légèrement augmenté au cours des cinq dernières années, 230 957 IA exerçaient leur profession en 2002 comparativement à 227 814 en 1998. Ces données représentent des taux de participation de 89,4 % en 1998 et de 90,7 % en 2002 (BDIIA, ICIS, 2003). Malheureusement, des sources fiables quant au nombre d'IAA et d'IPA ne sont pas disponibles, mais elles le seront au fur et à mesure que la base de données de l'ICIS sera alimentée pour ces groupes professionnels. À l'heure actuelle, 60 123 IAA travaillent dans le domaine des soins infirmiers au Canada, la plus forte proportion se trouvant en Ontario (36,9 %) puis au Québec (24,2 %) (BDIIAA, ICIS, 2003). Dans les provinces de l'Ouest, on compte un total de 5 132 IPA dans le domaine des soins infirmiers. La plus forte proportion exerce en Colombie-Britannique (42 %); l'Alberta vient ensuite (21,1 %).



## Recommandation 7

### **Créer des milieux de travail qui maximisent les résultats pour les patients, les infirmières et les systèmes.**

Les milieux de travail sont indissociables de la satisfaction professionnelle des infirmières, de la santé et sécurité, des résultats pour les patients et des questions liées aux systèmes comme le recrutement et le maintien en fonction. Des études ont fait le lien entre la restructuration des organisations de soins de santé et l'augmentation des événements défavorables pour les patients, de la morbidité et de la mortalité. On peut améliorer la qualité des soins en veillant à ce que les effectifs soient suffisants pour répondre à la charge de travail et en créant des environnements de travail qui favorisent le mieux-être physique et psychologique des infirmières.

#### **Analyse raisonnée <sup>xlviii</sup>**

- Les attributs des environnements de travail qui favorisent l'épanouissement des infirmières sont ceux qui procurent un sens de l'autonomisation, la communication et la collaboration, la continuité de la formation et l'accès à la technologie appropriée. Plus le leadership est fort en milieu de travail, plus les infirmières constatent qu'elles ont accès à des ressources.
- Les infirmières ont exprimé leurs inquiétudes à propos des lacunes en matière de sécurité en milieu de travail. Ces inquiétudes portent entre autres sur l'équipement qui n'est pas toujours en bon état, les situations potentiellement dangereuses et la violence personnelle. Les infirmières ont déclaré être moins exposées à la violence dans un milieu de travail où plus d'intervenants de la santé travaillent auprès des patients, lorsqu'elles travaillent avec des chefs efficaces, effectuent moins d'heures supplémentaires et sont affectées à moins de changements de quart.
- Les différences entre les secteurs et les régions quant à l'accès à la technologie et aux programmes de formation, tels les écarts sur le plan de l'infrastructure et des programmes de formation en régions nordiques, et les lacunes en matière d'accès à la technologie au chapitre des soins de longue durée prédominent.
- Les infirmières ont fait part de leurs préoccupations au chapitre de la préparation clinique et de la compétence des infirmières nouvellement diplômées. Lorsque le mentorat est insuffisant ou qu'il n'est pas offert, les infirmières sont préoccupées par la sécurité des patients.



### Mesures suggérées

Les stratégies visant à améliorer la productivité des infirmières sont essentielles et elles doivent engendrer de meilleurs efforts pour améliorer le recrutement et le maintien en fonction des candidates. Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- L'augmentation des efforts pour accroître le recrutement et le maintien en fonction par l'instauration de stratégies visant à améliorer la productivité des infirmières. Cela signifie qu'il faut envisager la réduction des attentes relativement à la charge de travail et la nécessité d'effectuer de nouveaux travaux de recherche afin de déterminer les caractéristiques de travail qui permettront d'atteindre les objectifs de recrutement et de maintien en fonction des infirmières.
- Accorder la priorité à l'amélioration des conditions de travail et de l'environnement de soins en portant un intérêt particulier au développement du sens de l'autonomisation chez les infirmières et en utilisant pleinement les compétences de ces dernières. Cela comprend, par exemple, la création et la mesure d'indicateurs pour le milieu de travail, la participation des infirmières à l'élaboration de stratégies qui favorisent de sains milieux de travail et la mise en valeur de l'influence des infirmières en procurant à ces dernières les moyens de se perfectionner et en leur donnant l'occasion de participer au processus décisionnel.
- Valoriser la santé en milieu de travail en : élaborant des stratégies qui encouragent la communication efficace et améliorent les relations de travail entre les infirmières, tout en s'assurant de la justesse de l'orientation des employés, des programmes d'aide et de verbalisation, et en permettant aux infirmières d'accéder aux programmes d'éducation permanente.
- Consolider le leadership infirmier et la gestion à tous les niveaux des organismes de santé.
- Offrir un soutien complémentaire aux infirmières qui débutent. Examiner la possibilité de rendre les emplois d'infirmières permanents afin de permettre à ces dernières d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences, et offrir un mentorat dispensé par des infirmières plus expérimentées.
- Se pencher sur les différences qui existent entre les secteurs et les régions en ce qui a trait à l'accès aux technologies et aux programmes d'éducation permanente. Il est nécessaire d'élaborer différentes stratégies de planification qui visent à encourager le recours aux technologies, à stimuler la confiance des infirmières à l'égard de ces technologies ou l'appréciation du rendement des technologies qui conviennent aux infirmières en soins directs, en administration, en formation et en recherche.



## Recommandation 8

### Améliorer et entretenir la santé et la sécurité des infirmières.<sup>xlix</sup>

Il est généralement reconnu que les taux d'absentéisme, et les cas d'épuisement émotionnel, de douleurs musculo-squelettiques et de blessures corporelles sont plus élevés chez les infirmières que chez les autres professionnels. Un des principaux facteurs à l'origine du taux élevé de blessures chez les infirmières tient à une charge de travail excessive.

#### Analyse raisonnée

- Les infirmières ayant effectué des heures supplémentaires rémunérées ou non rémunérées étaient plus susceptibles de s'absenter du travail que celles qui avaient travaillé uniquement leurs heures régulières. Les infirmières sont moins susceptibles d'être en bonne santé mentale et physique lorsqu'on les force à travailler des heures supplémentaires.
- Les infirmières victimes de violence au travail et celles qui changent fréquemment de quart de travail étaient plus susceptibles de s'absenter.
- Les infirmières affectées aux soins directs dans le secteur des soins de longue durée étaient plus susceptibles d'être victimes de violence.
- Les milieux de travail influent sur la santé physique et mentale des infirmières. La santé physique de infirmières âgées est moins bonne que celle des infirmières plus jeunes, mais leur santé mentale est meilleure.
- Les infirmières étaient plus susceptibles de réclamer des indemnités des accidents du travail si elles travaillaient un trop grand nombre d'heures supplémentaires, si elles travaillaient dans un milieu instable où le leadership est faible ou si elles travaillaient dans un hôpital.

#### Mesures suggérées

La résolution des problèmes qui influent sur la santé mentale et physique et sur la sécurité des infirmières est cruciale pour le recrutement et le maintien en fonction des candidates. Outre les mesures qui touchent la charge de travail et les heures supplémentaires, voici d'autres mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation :

- Réduction des agressions, de l'abus et de la violence en milieu de travail. Cela signifie : instaurer une politique de tolérance zéro qui prévoit l'analyse des incidents et des conséquences visibles pour les auteurs de violence; améliorer l'accès aux programmes d'aide aux employés; et assurer une assistance aux infirmières qui travaillent seules, particulièrement dans les régions rurales et nordiques.



- Réduire les risques d'accidents du travail chez les infirmières en remaniant les milieux de travail de façon plus saine et plus ergonomique, en fournissant des équipements de levage des patients et en assurant le soutien d'un personnel auxiliaire pour la mobilisation, le levage et le transfert des patients.
- Élaborer des stratégies spécifiques aux secteurs/régions. Par exemple, les cas de violence sont plus élevés dans le secteur des soins de longue durée et les réclamations d'indemnités d'accidents du travail sont plus élevées dans le secteur hospitalier.
- Élaborer des stratégies novatrices de promotion de la santé, notamment la mise à la disposition d'installations et de services de consultation qui permettent aux infirmières d'adopter un mode de vie sain.
- Mener des travaux de recherche sur les environnements de travail et les modes de vie des infirmières et leurs effets sur la santé mentale et physique des infirmières.
- Instaurer des stratégies pour résoudre l'absentéisme, dont : offrir de l'aide en matière de soins aux enfants et aux aînés; une réduction de la fréquence des changements de quart de travail; des conseils en matière de mode de vie et d'orientation professionnelle, de congés sabbatiques ou temporaires et l'accès à des installations de loisir et à d'autres mécanismes de réduction du stress; et l'établissement de moyens non punitifs visant à expliquer pourquoi les IAA et les IPA sont plus susceptibles que les IA de s'absenter pour de courtes périodes.



## IV. Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient

Un plus grand recours à des équipes interprofessionnelles d'intervenants de la santé qui travaillent en collaboration favorisera la qualité des soins, améliorera l'accès des Canadiens aux soignants appropriés, au moment approprié et diminuera ainsi les temps d'attente inacceptables. Les infirmières font partie intégrante de ces équipes de collaborateurs. Une des composantes importantes de ce changement est le fait de modifier la façon de former les intervenants de la santé, y compris les infirmières, afin de s'assurer qu'ils possèdent la formation et les connaissances nécessaires pour collaborer efficacement au sein d'équipes soignantes centrées sur le patient. On propose deux recommandations clés.

### Recommandation 9

#### **Mettre au point des méthodes novatrices visant à développer les expériences cliniques en formation infirmière.**

On constate une tendance vers les équipes collaboratives et les possibilités de formation interprofessionnelle novatrices. Le volet clinique est une composante cruciale en formation infirmière et encore, il est difficile de déterminer les « pratiques exemplaires » qui visent à préparer les infirmières à travailler dans tous les secteurs, et en milieu rural et urbain. L'élargissement des programmes de formation des IAA, IA et IPA est restreint par le nombre limité d'étudiants que peuvent accueillir les milieux de pratique communautaire et les milieux de soins de courte durée. Il est peu probable que les milieux de pratique accessibles puissent combler tous les besoins en matière de pratique clinique pour l'effectif courant, et à plus forte raison pour un effectif élargi.<sup>1</sup>

Les programmes de formation infirmière pourraient promouvoir davantage les possibilités d'apprentissage (p. ex., laboratoires de simulation, formation à distance et télésanté). Des stages cliniques dans tous les secteurs des soins de santé pourraient alors être offerts dans le but d'acquérir des compétences que ne peuvent promouvoir la simulation et les autres stratégies novatrices. Les environnements d'apprentissage par simulation peuvent se situer aux endroits où les intervenants de la santé partagent les différentes possibilités d'apprentissage clinique. On pourrait examiner la possibilité d'établir des laboratoires de simulation partagés auxquels auraient accès les participants aux nombreux programmes de la santé, afin de répondre aux besoins de formation en constante évolution.<sup>li</sup>

#### **Analyse raisonnée** <sup>lii</sup>

- Les programmes de formation interprofessionnelle peuvent produire des diplômés qui possèdent des compétences collaboratives. Ces diplômés se joindront aux équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires dans le but de fournir des résultats améliorés pour les patients, les intervenants de la santé et les systèmes. Il y a actuellement un manque de preuves à l'effet que la formation interprofessionnelle créera une pratique collaborative efficace.



- On a examiné cinq secteurs de la formation infirmière à l'intention des IA : les membres du corps professoral, les étudiants, les stages en milieu clinique, l'espace et les ressources de soutien administratif. Les ressources en moins grand nombre qui limitent la possibilité d'expansion du programme sont les stages en milieu clinique dans la collectivité et les hôpitaux de soins de courte durée, les membres du corps professoral à temps plein et les enseignants cliniques.
- La plupart des programmes de soins infirmiers (95 %) entrent en concurrence avec d'autres programmes à l'intention des intervenants de la santé et des programmes scientifiques pour les stages en milieux cliniques. Il convient de noter que 85 % des écoles dépendent des précepteurs cliniques pour les soins à la communauté et les soins de courte durée offerts lors des dernières années d'études et le tiers en arrive à la conclusion qu'elles ne disposent pas de suffisamment de données.
- Les écoles offrent généralement des incitatifs non monétaires aux précepteurs afin de souligner leur contribution.
- La formation infirmière des IAA fait état de pénuries de stages cliniques dans le secteur des soins de courte durée, d'enseignants cliniques, de salles de cours et de laboratoires. La moitié des écoles déclarent que leurs ressources courantes sont suffisantes pour leur volume d'inscriptions; 50 % offrent un espace insuffisant pour les stages cliniques et comptent un nombre insuffisant d'enseignants, bien qu'elles se déclarent suffisamment pourvues dans d'autres domaines.
- Seulement 8 % des écoles de formation des IAA n'ont pas livré concurrence à d'autres programmes de sciences de la santé pour l'espace clinique : 76 % sont entrées en concurrence avec des programmes qui préparent les IA, et 38 % font concurrence à d'autres programmes de formation des IAA. Seulement la moitié des écoles ont recours à des précepteurs, et la moitié de ces dernières ne peuvent trouver le nombre de précepteurs dont elles ont besoin. Elles récompensent les précepteurs en leur remettant des plaques et en leur organisant des réceptions.

### Mesures suggérées

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- Entreprendre immédiatement une analyse à savoir de quelle manière optimiser les ressources courantes en formation et en clinique.
- Déterminer les coûts de laboratoires de simulation et l'élaboration de stratégies novatrices visant à promouvoir l'apprentissage par la simulation.



- Déterminer l'efficacité des laboratoires de simulation comme outils d'enseignement.
- Mener des recherches ayant pour but d'examiner l'efficacité de la formation interprofessionnelle en termes de résultats pour les patients/clients, les intervenants et les systèmes.

## Recommandation 10

### Optimiser la capacité des infirmières à travailler en fonction de la pleine étendue de leur pratique.

La réussite des soins centrés sur le patient dépend de professionnels de la santé en mesure d'exercer leur profession dans sa pleine étendue, y compris des infirmières de chacun des groupes professionnels. Cette démarche tient compte de facteurs comme la sécurité des patients, la formation adéquate des professionnels de la santé pour assurer l'adéquation avec les niveaux d'acuité des patients et l'information que chacun possède sur les responsabilités des autres afin de promouvoir des relations de travail collégiales.

#### Analyse raisonnée

- Lors de l'étude portant sur les infirmières gestionnaires principales, on a suggéré que les infirmières devaient travailler en fonction de la pleine étendue de leur pratique. On a souligné avec force que les partenariats collaboratifs entre professionnels de la santé sont une caractéristique importante dans un système de soins de santé en pleine évolution. Cette approche requiert que les stratégies soient explorées dans le sens de l'amélioration des communications entre les groupes d'infirmières, les infirmières gestionnaires principales et les autres intervenants, y compris les autres professionnels de la santé, et au sein de ces groupes de personnes.<sup>liiii</sup>
- Les résultats suggèrent qu'il est essentiel, dans un environnement où les ressources humaines et financières sont limitées et la demande de services de santé est en hausse, de déterminer le niveau de pratique selon lequel l'infirmière peut exercer pleinement sa profession afin d'assurer un niveau élevé de productivité, et l'utilisation optimale du personnel infirmier disponible. Le fait de limiter l'étendue de la pratique professionnelle des infirmières ou de ne pas exploiter au maximum les capacités de pratique disponibles peut nuire considérablement à la détermination des niveaux d'effectifs et à la productivité du personnel infirmier.



**Mesures suggérées**

Voici certaines mesures que l'on pourrait retenir à l'appui de cette recommandation :

- Améliorer la communication parmi les groupes d'infirmières, les infirmières gestionnaires, les employeurs, les organismes de réglementation, les autres intervenants de la santé et les parties intéressées afin de clarifier et de démontrer de la considération pour les champs d'activité parmi les infirmières et les autres groupes de professionnels de la santé.
- Les infirmières doivent être autorisées à exercer la pleine mesure de leur profession selon les exigences du patient et en tenant compte d'autres facteurs comme le milieu de travail, la présence d'autres professionnels de la santé et les technologies accessibles. Il y a nécessité d'informer et d'être informé sur les responsabilités des autres professionnels de la santé afin de promouvoir des relations de travail collégiales.



i	Rapport de synthèse des résultats de recherche
ii	Rapport de synthèse des résultats de recherche
iii	Étape 1 : Aperçu de la recherche actuelle sur les sujets relatifs au marché du travail dans le domaine des soins infirmiers
iv	Cadre de travail pancanadien. Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines
v	Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé
vi	<i>Engagement et soins : Les avantages d'un milieu de travail sain pour les infirmières, leurs patients et le système,</i> <sup>vii</sup> la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et la Change Foundation
vii	<i>Notre santé notre futur : Établissement de milieux de travail de qualité pour les infirmières canadiennes</i>
viii	Étape 3 : Rapport d'analyse de simulation
ix	Étape 3 : Rapport d'analyse de simulation
x	Étape 3 : Rapport d'analyse de simulation
xi	Étapes 6 et 10 : Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
xii	Étape 12 : Mobilité des infirmières et infirmiers au Canada
xiii	Étape 14 : Tendances en matière d'immigration et d'émigration : Une perspective canadienne
xiv	Étape 12 : Mobilité des infirmières et infirmiers au Canada
xv	Étapes 6 et 10 : Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
xvi	Étape 3 : Rapport d'analyse de simulation
xvii	Étape 5b : Rapport des groupes de discussion formés de militantes et de militants des syndicats infirmiers
xviii	Étape 7 : La profession infirmière comme choix de carrière : Le point de vue des étudiants à savoir pourquoi ils choisissent la profession infirmière
xix	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
xx	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
xxi	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
xxii	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
xxiii	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
xxiv	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
xxv	Étape 15 : Comprendre l'équation du capital humain : Facteurs incitatifs et dissuasifs associés à une carrière en soins infirmiers
xxvi	Étape 15 : Comprendre l'équation du capital humain : Facteurs incitatifs et dissuasifs associés à une carrière en soins infirmiers
xxvii	Étape 7 : La profession infirmière comme choix de carrière : Le point de vue des étudiants à savoir pourquoi ils choisissent la profession infirmière
xxviii	Étape 7 : La profession infirmière comme choix de carrière : Le point de vue des étudiants à savoir pourquoi ils choisissent la profession infirmière
xxix	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle



xxx	Étape 13 : Le changement technologique
xxxii	Étape 9 : Les besoins de personnel infirmier au Canada : L'incidence des changements dans la prestation des services
xxxiii	Étapes 6 et 10 : Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
xxxiv	Étapes 6 et 10 : Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
xxxv	Étapes 6 et 10 : Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
xxxvi	Étape 3 : Rapport d'analyse de simulation
xxxvii	Étape 9 : Les besoins de personnel infirmier au Canada : L'incidence des changements dans la prestation des services
xxxviii	Étape 9 : Les besoins de personnel infirmier au Canada : L'incidence des changements dans la prestation des services
xxxix	Étape 9 : Les besoins de personnel infirmier au Canada : L'incidence des changements dans la prestation des services
xl	Étape 9 : Les besoins de personnel infirmier au Canada : L'incidence des changements dans la prestation des services
xli	Étape 9 : Les besoins de personnel infirmier au Canada : L'incidence des changements dans la prestation des services
xliv	Étape 5a : Sondage auprès des employeurs : Les chefs de la direction des organisations de soins de santé
xlii	Étape 5b : Rapport des groupes de discussion formés de militantes et de militants des syndicats infirmiers
xliii	Étape 5c : Sondage des employeurs : Infirmières gestionnaires principales des organisations de soins de santé
xliiii	Étape 5c : Sondage des employeurs : Infirmières gestionnaires principales des organisations de soins de santé
xliv	Étape 5c : Sondage des employeurs : Infirmières gestionnaires principales des organisations de soins de santé
xlvi	Étapes 6 et 10 : Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
xlvii	Étape 5c : Sondage des employeurs : Infirmières gestionnaires principales des organisations de soins de santé
xlviii	Étapes 6 et 10 : Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
xlix	Étapes 6 et 10 : Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
l	Étapes 6 et 10 : Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
li	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
lii	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
liii	Étape 8 : L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
liiii	Étape 5c : Sondage auprès des employeurs : Infirmières gestionnaires principales des organisations de soins de santé



## Comité directeur

---

**Diane Shamray**

Assiniboine Community College

**D<sup>r</sup> Marianne Lamb**

Association canadienne des écoles de sciences infirmières

**Dalyce Greenslade**

Association canadienne de soins et services communautaires

**Kathryn Tregunna (2001 – 2003)**

Association canadienne des soins de santé

**D<sup>r</sup> Della Faulkner**

Association canadienne des soins de santé

**Louise Frederick**

Association des collèges communautaires du Canada

**Lisa Dutcher**

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC)

**Verna Holgate (coprésidente sortante 2001 – 2004)**

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada

**Patricia Fredrickson**

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada

**D<sup>r</sup> Mary Ellen Jeans (coprésidente sortante 2001 – 2004)**

Association des infirmières et infirmiers du Canada

**Lisa Little, coprésidente**

Association des infirmières et infirmiers du Canada

**Rosemary White (2005)**

Centre communautaire de santé, RCACCS

**Barb Oke**

Ministère de la santé de la Nouvelle-Écosse

Comité consultatif sur les services de santé et les ressources humaines (CCSSRH)



**Anne Sutherland Boal**

Ministère des services de la santé, Colombie-Britannique  
Comité consultatif sur les services de santé et les ressources humaines (CCSSRH)

**Debra McPherson**

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

**D<sup>r</sup> Nick Busing**

Groupe de travail Deux : Une stratégie de ressources humaines pour les médecins au Canada

**Susan Vandavelde-Coke**

Sunnybrook and Women's College  
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

**Jill Strachan (2001 – 2003)**

Institut canadien d'information sur la santé

**Francine Anne Roy**

Institut canadien d'information sur la santé

**Lynette Babin (2001 – 2004)**

Institut professionnel de la fonction publique du Canada (IPFPC)

**Marie Mertler**

Institut professionnel de la fonction publique du Canada (IPFPC)

**John Crawford (2001 – 2004) (décédé)**

Pédagogue (IPA)  
Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

**Annette Osted, coprésidente**

Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

**Donna Higenbottam**

Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

**D<sup>r</sup> Michel Tarko**

Pédagogue (IPA)  
Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada



**Gaétan Lévesque**

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ)

**Marie Valois**

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

**Lorraine Melchior (2001 – 2004)**

Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé (RCACCS)

**Paul Stoll / Phil Mickle (2001 – 2002)**

Partenariats en ressources humaines

Ressources humaines et Développement des compétences Canada

**Eva Amzallag (2002 – 2004)**

Partenariats en ressources humaines

Ressources humaines et Développement des compétences Canada

**Heidi Bungay**

Partenariats en ressources humaines

Ressources humaines et Développement des compétences Canada

**Patricia Walsh (2001 – 2003)**

Bureau de la politique des soins infirmiers

Santé Canada

**Fadi El-Jardali (2003 – 2004)**

Bureau de la politique des soins infirmiers

Santé Canada

**Susan Hicks (2004)**

Bureau de la politique des soins infirmiers

Santé Canada

**Sandra MacDonald-Rencz**

Bureau de la politique des soins infirmiers

Santé Canada

**Pat L Cruickshank**

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Santé Canada



**Nadine Henningsen**

Société de l'étude sectorielle sur les soins à domicile

**Stan Marshall**

Syndicat canadien de la fonction publique

**Mike Luff**

Syndicat national des employées et employés généraux et du secteur public

**Kate Lawton**

Union internationale des employés et employées de service – Canada



## Liste des rapports techniques

---

Étape 1	Aperçu de la recherche actuelle sur les sujets relatifs au marché du travail dans le domaine des soins infirmiers
Étape 3	Rapport d'analyse de simulation
Étape 5a	Sondage auprès des employeurs : Les chefs de la direction des organisations de soins de santé
Étape 5b	Rapport des groupes de discussion formés de militantes et de militants des syndicats infirmiers
Étape 5c	Sondage des employeurs : Infirmières gestionnaires principales des organisations de soins de santé
Étapes 6 et 10	Sondage canadien auprès des infirmières des trois groupes professionnels
Étape 7	La profession infirmière comme choix de carrière : Le point de vue des étudiants à savoir pourquoi ils choisissent la profession infirmière
Étape 8	L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle
Étape 9	Les besoins de personnel infirmier au Canada – L'incidence des changements dans la prestation des services
Étape 11	La main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale
Étape 12	Mobilité des infirmières et infirmiers au Canada
Étape 13	Le changement technologique
Étape 14	Tendances en matière d'immigration et d'émigration : Une perspective canadienne
Étape 15	Comprendre l'équation du capital humain : Facteurs incitatifs et dissuasifs associés à une carrière en soins infirmiers

