



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



LA MAIN D'ŒUVRE INFIRMIÈRE
À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE

La main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale

Ce rapport fait partie d'un plus vaste projet intitulé **Construire l'avenir : une stratégie pour les ressources humaines infirmières au Canada.**

La main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale

© 2004 Les renseignements que contient cette publication ont été fournis à la Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers gracieusement par les auteures ou sous licence de celles-ci.

Diffuseur Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers

Auteures Andrea Baumann, IA, PhD
Jennifer Blythe, PhD
Camille Kolotylo, IA, PhD
Jane Underwood, IA, MBA

Éditrice Maude Downey

Traductrice France Jodoin

Concepteur Fair Creative

Gestion du projet Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers
99, Fifth Avenue, bureau 10
Ottawa (Ontario) K1S 5K4

Téléphone (613) 233-1950

Courriel info@buildingthefuture.ca

Site web www.buildingthefuture.ca

La main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale (document en français, PDF)
ISBN 0-9734932-1-6

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

Also available in English under the title:

The International Nursing Labour Market.



Ce projet est financé en partie par le gouvernement du Canada.

Les opinions exprimées et l'interprétation des données publiées dans cette publication sont celles des auteures et ne sont pas nécessairement partagées par le gouvernement du Canada.



Table des matières

Préface	ii
Sommaire	iv
1. Introduction	1
2. Méthodes	2
3. Étude de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale	3
3.1. Qualité et limites des données	3
3.1.1. Absence de données uniformisées et de bases de données comparables	3
3.1.2. Qualité inégale de la littérature	5
3.1.3. Usage non normalisé du terme <i>infirmière</i>	5
3.1.4. Comparaison des rôles des infirmières dans divers systèmes de soins de santé	6
3.1.4.a. Survol des programmes d'enseignement	6
3.1.4.b. Accès à la profession et cadres de réglementation	8
3.1.4.c. Variabilité du statut et des rôles joués par les infirmières	9
4. Facteurs du marché du travail ayant une incidence sur les soins infirmiers	10
4.1. Tendances à long terme	10
4.1.1. Changements démographiques	10
4.1.2. Changement technologique	11
4.1.3. Mondialisation	12
4.2. Changement cyclique	13
4.2.1. Réduction de la demande	14
4.2.2. Réduction de l'offre	14
4.2.2.a. Faible recrutement	14
4.2.2.b. Taux d'attrition élevé	16
4.2.2.c. Qualité et stabilité du milieu du travail	16
4.3. Nouveau millénaire : renouvellement de la demande	18
5. La pénurie actuelle d'infirmières	19
5.1. Prévalence de la pénurie	19
5.2. La nature de la pénurie	20
5.3. Stratégies pour remédier à la pénurie	22
5.3.1. Recrutement interne	22
5.3.2. Recrutement à l'étranger et migration des infirmières	23
5.3.3. Maintien en fonction	24
6. Incidences pour le Canada	26
7. Recommandations	28
RÉFÉRENCES	29
Annexe A. Méthodes utilisées pour la recherche principale	41
Annexe B. Indicateurs clés du marché du travail	47
Annexe C. Acronymes	48
L'équipe de recherche	49



Préface

Ce rapport fait partie d'un plus vaste projet, Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada, dont le but est d'élaborer une stratégie éclairée et à long terme pour s'assurer qu'il y aura un nombre adéquat d'infirmières et infirmiers possédant les compétences et les connaissances requises pour répondre aux besoins changeants des Canadiens. Au moyen de sondages, d'entrevues, d'analyses documentaires et d'autres types de recherche, le projet Construire l'avenir mènera à la rédaction du premier rapport complet sur la situation des ressources infirmières au Canada. Le projet comporte deux phases.

Phase I : La recherche sur la main-d'œuvre infirmière au Canada procède par étapes. Des rapports provisoires seront publiés au fur et à mesure de l'achèvement des travaux pour partager les constatations et les recommandations faites avec le secteur des soins infirmiers. Le présent document est le premier de ces rapports. Au terme de la Phase I, un rapport final sera publié et inclura toutes les recommandations approuvées par la Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers.

Phase II : Une stratégie nationale sera élaborée en consultation avec des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux d'après les constatations et recommandations présentées au terme de la Phase I.

La supervision d'un projet aussi complexe a été confiée à la **Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers [SESSI]**, créée à cette fin en 2001. Le **Comité de gestion** de la SESSI est formé de représentants des organisations signataires de l'entente de contribution avec le gouvernement du Canada et d'autres groupes gouvernementaux.

Le **Comité directeur** du projet inclut une trentaine de représentants des trois professions réglementées du domaine des soins infirmiers (infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et infirmières et infirmiers autorisés), d'employeurs des secteurs public et privé, des syndicats, des pédagogues, des chercheurs du domaine de la santé, ainsi que des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Le Comité directeur guide les travaux de recherche et approuve les produits à livrer dans le cadre du projet, y compris tous les rapports et toutes les recommandations.

Les membres du Comité de gestion et du Comité directeur représentent les organisations et secteurs suivants.

Association canadienne de soins et services à domicile	Infirmières et infirmiers enseignants de diverses institutions
Association canadienne de soins et services communautaires	Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada
Association canadienne des écoles de sciences infirmières	Institut canadien d'information sur la santé
Association canadienne des soins de santé	Institut professionnel de la fonction publique du Canada
Association des collèges communautaires du Canada	



Association des infirmières et infirmiers autochtones
du Canada
Association des infirmières et infirmiers auxiliaires
du Canada
Association des infirmières et infirmiers du Canada
Développement des ressources humaines Canada
Fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et
d'infirmières
Groupe de travail Deux : Élaboration d'une stratégie
de ressources humaines pour les médecins au
Canada
Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du
Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Regroupement canadien des associations de centres
communautaires de santé
Représentants des gouvernements provinciaux et
territoriaux
Santé Canada
Service Employees International Union
Syndicat canadien de la fonction publique
Syndicat national des employées et employés généraux
du secteur public

**Ensemble, nous sommes déterminés à construire un meilleur avenir pour tous les infirmiers
et infirmières au Canada, et à procurer un meilleur système de santé à l'ensemble de
la population canadienne.**



Sommaire

Le présent document a pour objectif de donner un aperçu de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale et de servir ainsi de complément à la *Synthèse de la main-d'œuvre infirmière au Canada*, un autre élément de recherche présenté pour Construire l'avenir. Le rapport fournit des renseignements sur les membres des trois professions réglementées dans le secteur des soins infirmiers au Canada, à savoir les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. Là où c'est possible, il fournit aussi des renseignements sur leurs homologues à l'échelle internationale, qui ont souvent des désignations professionnelles différentes. Les acronymes suivants sont utilisés tout au long du rapport.

- IA Infirmières autorisées
- IAA Infirmières auxiliaires autorisées
- IPA Infirmières psychiatriques autorisées

Méthodes

L'étude est fondée sur la littérature publiée, la littérature grise ou documentation parallèle, les sources électroniques et la correspondance avec les personnes en mesure de fournir une information pertinente sur le sujet. Parmi les principaux obstacles à l'étude de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale, mentionnons le manque d'éléments d'information uniformisés et de bases de données comparables, la qualité inégale des publications approuvées par des collègues et de la documentation parallèle, l'usage différent que l'on fait de la désignation professionnelle *d'infirmière* à l'échelle internationale, enfin, les difficultés à comparer les rôles des infirmières à l'intérieur de systèmes de soins de santé qui diffèrent sur le plan qualitatif.

Marchés du travail touchant les soins infirmiers

Les rapports entre les cycles du marché du travail et les tendances à long terme ont des incidences sur les marchés de l'emploi. Nous entendons par tendances les changements démographiques, l'évolution de technologies complexes et la mondialisation. Les changements démographiques ont pour leur part une double influence sur la main-d'œuvre infirmière, d'abord sur la population des patients, notamment sur le degré et le type de soins dont ils ont besoin, ensuite sur le nombre et les spécialisations des travailleurs et travailleuses qui composent la main-d'œuvre. Les changements technologiques ont quant à eux une incidence sur la façon dont les infirmières procurent des soins aux patients et sur l'endroit où ces soins sont prodigués. Enfin, la mondialisation influe sur la mobilité du personnel infirmier partout à travers le monde.

Les cycles du marché déterminent l'offre d'infirmières et la demande pour leurs services. Au cours de la dernière décennie, la plupart des pays développés ont connu une restructuration des soins de la santé — y compris une rationalisation de la main-d'œuvre infirmière. Après une pénurie d'infirmières à la fin des années 80, il y a eu un surplus de main-d'œuvre dans les années 90 par suite de la restructuration du système des soins de santé, puis retour du pendule vers une main-d'œuvre déficitaire avec le passage au nouveau millénaire.



La pénurie actuelle d'infirmières

Le marché du travail dans le secteur des soins infirmiers aujourd'hui se caractérise par une pénurie dans tous les pays hormis quelques-uns en Asie et en Europe. Cependant, bien qu'il y ait des problèmes d'offre évidents sur le marché du travail pour les infirmières à l'échelle internationale, il est difficile d'établir la nature exacte de ces problèmes. Les auteurs de certains rapports nient l'existence d'une véritable pénurie de personnel infirmier et suggèrent que les problèmes d'offre sont attribuables aux conditions de travail, aux salaires non concurrentiels et à l'absence d'emplois à temps plein. Il y a également des pénuries dans les pays en développement parce que les infirmières migrent vers les pays plus affluents.

Stratégies pour remédier à la pénurie

Recrutement interne. Beaucoup de pays ayant de la difficulté à combler les postes d'infirmière vacants mettent en œuvre des stratégies de recrutement qui leur permettent d'accroître leurs ressources dans ce secteur (Buchan, 2002; Irwin, 2001). Parmi les stratégies communes à plusieurs pays, mentionnons le lancement d'importantes campagnes de recrutement, l'augmentation du quota d'étudiants qui poursuivent des études supérieures, et l'attribution d'un plus grand nombre de bourses et de prêts d'études (Conseil international des infirmières [CII], 2001a; Sigma Theta Tau International, 2002; Victoria Auditor-General's Office, 2002). Certains pays ont également pris des mesures pour inciter les infirmières à réintégrer le marché du travail (Browne, 2001; Buchan, 2002; CII, 2001a).

Recrutement externe. Beaucoup de pays recrutent des infirmières à l'étranger. Bien que le CII défende le droit de celles-ci de travailler où elles le souhaitent, il suggère que le recrutement actif et énergique d'infirmières nuit autant aux pays donateurs qu'aux pays récipiendaires (CII, 2002a). Dans les pays donateurs, les régions qui sont la cible des campagnes de recrutement connaissent des pénuries de main-d'œuvre. Lorsque les pays récipiendaires recrutent des infirmières pour subvenir aux besoins d'un système de soins de santé dysfonctionnel et ne disposent d'aucune stratégie de planification des ressources humaines efficace, ils ne proposent en fait qu'une solution à court terme à un problème à long terme (Buchan, Parkin et Sochalski, 2003). Ils ne font que retarder la mise en œuvre de mesures efficaces pour accroître le recrutement, améliorer le maintien en fonction du personnel et favoriser la planification des ressources humaines à long terme (CII, 1999). La migration du personnel infirmier vers les pays développés risque aussi de causer préjudice aux niveaux de traitement et aux conditions de travail dans ces pays.

Maintien en fonction. Alors que certains gouvernements s'emploient à élaborer des plans d'action pour favoriser une meilleure répartition de la main-d'œuvre infirmière — ce qui inclut le renforcement de la coopération entre fournisseurs de soins — améliorer les programmes d'enseignement offerts au personnel infirmier et élaborer des lignes directrices pour assurer une dotation en personnel sécuritaire (CII, 2001a), peu d'entre eux ont mis en œuvre ces plans.



Incidences et recommandations pour le Canada

On peut comprendre mieux le marché du travail canadien dans un contexte international et historique si l'on prend en considération les tendances et les cycles du marché à l'échelle mondiale. La plupart des pays développés ont des problèmes de main-d'œuvre, notamment une pénurie de personnel infirmier, et le Canada ne fait pas exception à la règle. Ces problèmes ne peuvent être étudiés ni résolus de façon unilatérale. Il est nécessaire qu'une collaboration soit amorcée entre les gouvernements partout à travers le monde, et que les organisations tant nationales qu'internationales créent des bases de données statistiques et internationales. Il s'agit en bout de ligne de colliger et de répertorier des données pertinentes, fiables, valides et comparables sur la main-d'œuvre infirmière, tant régionale que nationale, qui serviraient de fondement à la communauté internationale et à chacun des pays pour formuler une politique sur les soins de santé (Buchan et al., 2003; Irwin, 2001; Scanlon, 2001). Voici les recommandations particulières formulées dans le cadre de ce rapport :

1. Collaborer à l'échelle nationale et internationale à la planification des effectifs infirmiers ainsi qu'à la recherche dans ce secteur. La planification de la main-d'œuvre devrait inclure des projections à long, moyen et court termes et des stratégies.
2. Élaborer des plans nationaux et internationaux en vue de reconstituer la main-d'œuvre infirmière grâce à des campagnes de recrutement, au maintien en fonction du personnel et à la maximisation du capital humain. Il faut s'engager, à tous les paliers, à élaborer un plan d'action pour le changement et à donner suite aux recommandations formulées à cet égard.
3. Amorcer une collaboration internationale entre les gouvernements et créer des bases de données statistiques et internationales dans le but de colliger et de répertorier des données pertinentes, fiables, valides et comparables sur la main-d'œuvre infirmière. Ces données serviraient de fondement à la communauté internationale et à chacun des pays pour formuler une politique sur les soins de santé.
4. Créer une base de données aux fins de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé au Canada. Ces données seraient intégrées à l'échelle nationale, provinciale et organisationnelle pour servir les besoins nationaux, et seraient compatibles avec la base de données internationale qu'on propose de créer.



1. Introduction

Le présent document a pour objectif de donner un aperçu de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale et de servir ainsi de complément à la *Synthèse de la main-d'œuvre infirmière au Canada*, un autre élément de recherche présenté pour Construire l'avenir. Le rapport débute par une brève description des méthodes et des ressources utilisées dans la préparation du document, suivie d'une discussion sur les obstacles à surmonter pour avoir une vue exacte de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale. Par souci de clarté, les processus complexes influant sur la dynamique de la main-d'œuvre sont répertoriés selon les tendances et les changements cycliques. Dans le premier cas, il s'agit des processus historiques à long terme tels les changements démographiques, les progrès technologiques et la mondialisation. Le deuxième groupe fait référence principalement aux cycles du marché du travail. Ces processus sont liés dans un premier temps à la restructuration des soins qui a marqué les années 90, puis aux pénuries de main-d'œuvre infirmière constatées sur le marché mondial du travail aujourd'hui. Le document présente pour terminer une discussion sur les incidences qu'ont les constatations du rapport pour le Canada et sur les recommandations concernant la planification de la main-d'œuvre dans les années à venir. Ce rapport fournit des données sur les membres des trois professions réglementées dans le secteur des soins infirmiers au Canada, à savoir les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. Là où c'est possible, il fournit aussi des renseignements sur leurs homologues à l'échelle internationale, qui ont souvent des désignations professionnelles différentes. Les acronymes suivants sont utilisés tout au long du rapport.

- IA Infirmières autorisées
- IAA Infirmières auxiliaires autorisées
- IPA Infirmières psychiatriques autorisées



2. Méthodes

Étant donné la nature exploratoire du projet, aucun critère de sélection ou cadres de classification n'ont été établis préalablement à l'examen des sources d'information. Nous avons fait un large survol de la littérature publiée dans le domaine, de la documentation parallèle, des ressources électroniques (voir l'annexe A), et communications avec des personnes en mesure de fournir des renseignements pertinents dans le cadre de l'étude. Nous avons sondé la littérature publiée entre mars 2002 et juillet 2003 en consultant les bases de données électroniques CINAHL, MEDLINE, HealthSTAR (Ovid) ainsi que les articles de revues spécialisées via le serveur Ovid. La documentation parallèle incluait des rapports, des communiqués de presse, des données statistiques, des bases de données et des données compilées par des unités de recherche universitaire internationales et les ministères gouvernementaux à l'échelle internationale. Nous avons pu mettre la main sur cette documentation parallèle avec l'aide du logiciel *Copernic Pro 2001*, qui consulte simultanément les moteurs de recherche pertinents sur Internet. Nous avons interrogé toutes les sources d'information disponibles à l'aide d'expressions et de termes généraux et spécifiques. Par exemple, nous avons utilisé des termes généraux comme *infirmière* pour obtenir de l'information sur les trois professions réglementées, mais des expressions ou termes spécifiques tels *infirmière autorisée*, *infirmière auxiliaire autorisée* et *infirmière psychiatrique autorisée* pour accéder à des données sur chacun des trois groupes professionnels réglementés. Comme la recherche en fonction de termes généraux nous a conduits à des titres professionnels différents, nous nous en sommes ensuite servi dans nos interrogations.



3. Étude de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale

3.1. *Qualité et limites des données*

Parmi les principaux obstacles à l'étude de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale, mentionnons ceux-ci (ils sont examinés plus à fond dans les paragraphes qui suivent).

- Manque d'éléments de données uniformisés et de bases de données comparables
- Qualité inégale de la documentation revue par des collègues et de la documentation parallèle
- Différent usage du titre professionnel associé au terme *infirmière* à l'échelle internationale
- Difficulté à comparer les rôles que jouent les infirmières dans le contexte de systèmes de soins de santé qui diffèrent sur le plan qualitatif

3.1.1. Absence de données uniformisées et de bases de données comparables

Absence de termes uniformisés pour décrire la main-d'œuvre infirmière. D'habitude, les chercheurs consultent les données du recensement national, les dossiers sur la migration, les données sur l'immatriculation et les permis d'exercer pour décrire les effectifs des professionnels de la santé. Cependant, ces ressources ne sont utiles que dans la mesure où les groupes professionnels sont clairement définis. Or dans la plupart des pays, il n'existe aucune base de données nationales précises et systématiques concernant la main-d'œuvre infirmière (Aiken, 2001; Heinrich, 2001; Prescott, 2002). Dans certains pays, même les statistiques sur l'emploi ne fournissent pas de données précises sur les infirmières. La catégorie *personnel infirmier* peut s'appliquer à toute une gamme de travailleurs, depuis les travailleurs non qualifiés et non réglementés aux infirmières autorisées titulaires d'un baccalauréat (IA) et aux IA qui ont obtenu une formation du deuxième cycle universitaire (American Association of Colleges of Nursing [AACN], 2002a).

Immatriculation par opposition à mobilité. Les données nationales sur la main-d'œuvre infirmière sont souvent générées par des organisations professionnelles. Au Canada et dans les autres pays où les administrations chargées de l'immatriculation tiennent des dossiers, les données manquent de précision puisque les infirmières ayant obtenu leur diplôme à l'étranger et qui ne s'inscrivent pas auprès de ces administrations ne sont pas dénombrées. D'autre part, il peut y avoir double compte lorsqu'une infirmière est immatriculée dans plus d'une province ou d'un territoire au cours de la même année. Il est particulièrement difficile pour les administrations chargées de l'immatriculation d'assurer le suivi des infirmières quand elles se déplacent d'une province ou d'un territoire à l'autre. Certains organismes de réglementation tiennent un registre des demandes de vérification des qualifications aux fins d'emploi présentées par les infirmières qui songent à quitter leur province, territoire ou État ou à y revenir pour exercer leur profession. Toutefois, ces registres donnent une idée approximative du taux de migration plutôt que des chiffres réels et ne fournissent aucune information précise sur la mobilité des infirmières (Buchan, 2000a).

Bases de données non uniformisées et incomplètes sur la main-d'œuvre infirmière. Beaucoup de pays n'ont pas de bases de données statistiques détaillées sur leur population active. Même dans les pays développés, les bases de données décrivant la main-d'œuvre infirmière ont des limites. Parmi les problèmes fondamentaux figurent l'utilisation d'une terminologie non convergente, des méthodologies qui diffèrent et



le manque d'uniformisation de tous les aspects des soins infirmiers. Les données sont incomplètes et souvent inexactes (Conseil international des infirmières [CII], 1994; Prescott, 2002; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2002). Il faut noter que le Conseil international des infirmières représente seulement les IA, et non pas les IAA ou les IPA (renseignement fourni par A. Osted, College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba, le 15 septembre 2003). Ces limites empêchent de mesurer l'offre et la demande d'infirmières d'un État ou d'une province à l'autre, de circonscrire les domaines de spécialisation ou les types de fournisseurs de soins (Buchan et Seccombe, 2002; United States General Accounting Office [USGAO], 2001). La diversité entre les provinces, territoires et États — incohérence dans l'usage des termes, méthodologies variées et manque d'uniformisation — fait qu'il est souvent difficile de constituer une base de données nationale et exacte. Les données colligées dans différents États américains (É.-U.), dans les pays du Royaume-Uni (R.-U.) et de l'Union européenne (UE) sont peu compatibles et comparables (Buchan 1999, 2000a).

Manque d'uniformisation et dédoublement des données interprovinciales. Au Canada, le rapport analytique intitulé *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada*, publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2002), s'appuie sur les formulaires d'inscription des infirmières que produisent chaque année les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation. Des bases de données de l'ICIS sur les infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et les infirmières psychiatriques autorisées (IPA) sont accessibles depuis l'automne 2003. Cependant, les différences d'ordre législatif entre les provinces et les territoires influent sur le type de données qui sont colligées. De plus, le manque d'identificateurs uniques permanents pour les infirmières fait en sorte qu'il peut être impossible d'éviter un certain dédoublement des données.

Manque d'uniformisation des données sur la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale. Parce que le degré de détail et de complexité des données nationales varie, l'information sur la main-d'œuvre à l'échelle internationale a tendance à être de nature générale plutôt que rattachée à la profession à proprement parler. L'Organisation internationale du travail (OIT, 2003) a établi 20 indicateurs clés du marché du travail et encourage les pays à s'en servir comme référence au moment de colliger et de stocker des données dans le but de faciliter les comparaisons entre pays (voir l'annexe B). Le travail entourant la création de bases de données internationales pertinentes sur des professions particulières avance, certes, mais lentement. En raison de la difficulté que pose l'établissement de comparaisons entre les séries de données nationales, peu d'études approfondies ont été faites sur l'offre et la demande d'infirmières à l'échelle internationale (Diallo, Zum, Gupta et Dal Poz, 2003).

Classification problématique de la profession d'infirmière. À l'heure actuelle, les chercheurs discutent des définitions et s'emploient à choisir les indicateurs qui guideront la collecte d'éléments de données communs à inclure dans les bases de données internationales sur les services de santé (OMS, 2002). Certaines classifications sont bien établies, mais ne demeurent pas moins problématiques. Par exemple, Diallo et al. (2003) font remarquer que la classification des professions *d'infirmière* et de *sage-femme* chevauche deux groupes importants, d'une part, les professionnels des soins infirmiers et de la sage-femmerie, d'autre part, les auxiliaires professionnels des soins infirmiers et de la sage-femmerie. Les représentants des



organismes de réglementation du secteur des soins infirmiers se sont rencontrés dans le cadre de la réunion biennale du Conseil international des infirmières, toutefois les données internationales colligées jusqu'à présent portent essentiellement sur les questions entourant la pratique, notamment sur les catégories de diagnostic (CII, 2002b). L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) recueille des renseignements limités sur les infirmières dans ses États membres (OCDE, 2002).

3.1.2. Qualité inégale de la littérature

Publications. L'offre et la demande d'infirmières sur le marché du travail international ont fait l'objet de peu de recherche. Il existe certaines publications articulées sur des bases de données nationales qui comprennent une information choisie sur la démographie de la main-d'œuvre. Nous avons relevé de nombreux articles anecdotiques et éditoriaux et quelques exposés de synthèse sur des sujets concernant la main-d'œuvre infirmière, entre autres sur les pénuries de personnel infirmier, le recrutement et les problèmes de maintien en fonction du personnel. Un récent exposé de synthèse de la littérature publiée sur la main-d'œuvre infirmière aux États-Unis et au Royaume-Uni révèle un écart considérable entre les résultats des études réalisées aux États-Unis et la seule qui ait été faite au Royaume-Uni. Compte tenu des données publiées par le Royaume-Uni, Antonazzo, Scott, Skatun et Elliott (2003) ont mis en relief la nécessité d'entreprendre une recherche empirique sur de nombreux aspects de l'offre de main-d'œuvre infirmière pour qu'il soit possible ensuite d'élaborer des politiques fondées sur les résultats.

Documentation parallèle. La plupart des rapports soulignent le fait que les données nationales ou internationales sur la main-d'œuvre infirmière sont fragmentées, incohérentes, incomplètes et incomparables entre elles. Les unités de recherche universitaire auxquelles nous avons accédé via l'Internet axent leurs travaux sur des sujets pertinents pour le milieu de la recherche local et national, notamment la démographie, l'offre de main-d'œuvre issue des établissements d'enseignement, la migration, la discrimination et les relations interraciales. On trouve peu d'information, en anglais ou en français, sur la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale (Rhéaume, 2003). Les sites Web des gouvernements et des organisations internationales affichent quant à eux des renseignements généraux sur le marché du travail.

3.1.3. Usage non normalisé du terme *infirmière*

L'absence d'une définition standard, ou même d'un consensus général sur la signification du terme *infirmière* complique les comparaisons de la main-d'œuvre infirmière entre divers pays. Il n'y a pas de système international de classification des professions qui définisse clairement le terme *infirmière* (CII, 1994). Or, une définition standard est essentielle si nous voulons déterminer qui fait partie du personnel infirmier. Une telle définition devrait par ailleurs fournir une nette description d'aspects tels les connaissances, le rôle, le contexte de travail et les responsabilités (CII, 1994). Toutefois, il n'existe pour le moment aucune définition universelle ou unique du terme *infirmière*, tout comme il n'existe pas de définition unanime de la fonction d'infirmière, de normes collectives pour les programmes d'enseignement infirmier et la pratique infirmière, ni d'interprétation commune du rôle d'une infirmière (CII, 1994). Même à l'intérieur d'un seul et même pays, le sens donné au terme *infirmière* peut varier (CII, 1984, 1994).



Au Canada, le terme *infirmière* regroupe les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. En Australie et au Royaume-Uni, on parle d'infirmières engagées ou exerçantes; leurs rôles et fonction semblent comparables à ceux des infirmières auxiliaires autorisées au Canada, mais peuvent en fait avoir une portée différente. Dans quatre provinces canadiennes, les infirmières psychiatriques autorisées forment un groupe professionnel réglementé distinct; leurs qualifications sont également reconnues dans d'autres provinces et territoires, par exemple au Nunavut (renseignement fourni par A. Osted, College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba, le 15 septembre 2003). Les IAP ont une désignation professionnelle différente dans d'autres pays, notamment au Royaume-Uni, en Australie, en Nouvelle-Zélande et dans les Pays-Bas (renseignement fourni par A. Osted, College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba, le 15 septembre 2003).

Conformément aux statuts du CII, une *infirmière autorisée* est : « Une personne qui a suivi un programme d'enseignement infirmier, qui possède les qualifications requises et qui est habilitée dans son pays à exercer la fonction d'infirmière » (CII, 2001b, Statuts, Article 6). Le CII (2003) définit comme suit les *soins infirmiers* – la définition ne s'applique qu'aux infirmières autorisées :

On entend par *soins infirmiers* les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier, citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation.

L'OIT répertorie le personnel infirmier dans trois catégories établies selon le niveau d'éducation générale et professionnelle : infirmières professionnelles, infirmières auxiliaires et aide-infirmières (CII, 1994). Nous n'avons pu trouver aucune désignation professionnelle et aucune définition faisant consensus à l'échelle internationale pour ce qui concerne les infirmières auxiliaires autorisées ou les infirmières psychiatriques autorisées – qui sont les désignations canadiennes – ou leurs homologues dans les autres pays du monde.

3.1.4. Comparaison des rôles des infirmières dans divers systèmes de soins de santé

3.1.4.a. Survol des programmes d'enseignement

La profession d'infirmière varie à l'échelle internationale en termes de programmes d'enseignement, de structures de réglementation, de modèles de pratique et de cheminement de carrière. Les programmes d'enseignement de base en soins infirmiers sont différents à certains égards, tout comme les structures de carrière, et des titres divergents sont attribués à des rôles semblables ou qui se chevauchent (CII, 2000).

Formation des IA. Dans le cadre d'une discussion sur les marchés internationaux, il importe de tenir compte non seulement de l'offre de personnel infirmier mais aussi de la provenance de ces ressources. Il est essentiel de savoir quelle formation obtiennent les infirmières pour comprendre les particularismes de



leur statut et de leurs rôles. Dans certains pays, il n'existe qu'un seul programme d'études pour devenir infirmière professionnelle. Aux Philippines, par exemple, toutes les infirmières sont titulaires d'un baccalauréat (Barcelo, 2002). Même scénario au Danemark, en Irlande, en Nouvelle-Zélande et en Espagne, où il n'existe qu'un seul programme d'enseignement en sciences infirmières (CII, 2000). Aux États-Unis par contre, les personnes qui souhaitent devenir infirmières autorisées ont le choix entre trois avenues : un grade d'associé, un diplôme ou un grade universitaire après deux, trois et quatre ans d'études respectivement (CII, 2002d). Le programme de deux ans préparant à un diplôme a été créé dans les années 50, en réponse à une pénurie de personnel infirmier; le but était d'enseigner des techniques infirmières pour former un plus grand nombre de personnes en un laps de temps plus court (Heinrich, 2001). Au Royaume-Uni, les IA obtiennent un diplôme ou un grade universitaire (Finlayson, Dixon, Meadows et Blair, 2002). Plusieurs autres pays proposent également deux niveaux de scolarité pour accéder à la profession d'infirmière. Il s'agit entre autres de quelques pays de l'Union européenne, de l'Australie (Australian Labour Force Unit, 2000), et des Émirats arabes unis (renseignement fourni par F. Rifai, le 25 mars 2003) et de l'Asie (CII, 2002b). À Taiwan, il faut trois années d'études pour devenir IA, quatre pour devenir infirmière professionnelle autorisée (CII, 2002b). Nous n'avons trouvé aucune explication dans la littérature étudiée sur ce en quoi ces deux désignations diffèrent.

Formation des IAA. Dans beaucoup de pays, certaines catégories d'infirmières se rapprochent du groupe des IAA au Canada. Aux États-Unis, par exemple, les IAA doivent compléter un programme d'études de 12 à 18 mois et réussir un examen national, par contre chacun des États est responsable de l'émission des permis d'exercice et les exigences varient à cet égard (Heinrich, 2001). En Australie, les infirmières engagées sont titulaires d'un certificat supérieur décerné par les collèges d'enseignement technique ou complémentaire (Australian Labour Force Unit, 2000). Tout comme au Canada, elles sont supervisées par des IA, ont un champ de pratique particulier et doivent rendre compte de leurs propres actions (Australian Labour Force Unit, 2000). Au Royaume-Uni, il y a des catégories d'infirmières auxiliaires, d'aides-infirmières et de préposées aux soins qui reçoivent une formation professionnelle, mais ne sont inscrites auprès d'aucun organisme de réglementation (Finlayson et al., 2002). Dans certains pays asiatiques, les infirmières auxiliaires ont des niveaux de scolarité différents, au sens où elles peuvent avoir étudié deux ans ou plus avant d'exercer. À Hong Kong, une infirmière engagée a complété deux années d'études; au Japon, une IAA a obtenu une formation de deux ou trois ans; en Thaïlande, une infirmière technique a étudié pendant deux ans (CII, 2002c). Parce qu'on sait peu de choses du champ de pratique des infirmières dans divers pays, il est d'autant plus difficile d'établir des comparaisons internationales.

Formation des IPA. Au Canada, les infirmières psychiatriques autorisées font leurs études dans l'un ou l'autre des quatre établissements offrant ce type de formation, et obtiennent un diplôme ou un baccalauréat selon qu'elles complètent deux ou quatre ans d'études (Clinton, du Boulay, Hazelton et Horner, 2001; Psychiatric Nursing in Canada, 1998). À l'heure actuelle, le Manitoba est la seule province à exiger des diplômés qu'ils obtiennent un grade universitaire en soins infirmiers psychiatriques (Psychiatric Nursing in Canada, 1998). Au Royaume-Uni, les personnes qui veulent devenir infirmières en santé mentale ont le choix entre deux profils d'études, selon qu'elles ont déjà une formation d'IA ou pas. Les personnes qui s'inscrivent au programme de sciences infirmières doivent compléter la formation de base de 18 mois,



puis les 18 mois supplémentaires de formation et de pratique spécialisées en soins infirmiers-santé mentale. Ce sont là les exigences en matière de pratique établies par le Nursing and Midwifery Council, appelé auparavant le United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery, and Health Visitors (Clinton et al., 2001). Les IA peuvent s'inscrire à un programme d'un an en santé mentale dans le cadre du baccalauréat en sciences offert par le Royal College of Nurses (Clinton et al., 2001). Au Canada et dans d'autres pays (p. ex. aux É.-U.), des diplômes d'études supérieures sont décernés et une maîtrise en santé mentale avec spécialisation en soins psychiatriques permet aux infirmières psychiatriques d'assumer les rôles d'infirmière spécialiste de clinique et d'infirmière praticienne (American Psychiatric Nurses Association, 2002; Clinton et al., 2001). Les infirmières psychiatriques qui sont titulaires d'un doctorat exercent des fonctions dans divers secteurs d'emploi, notamment ceux de l'enseignement, de la recherche et de l'administration (American Psychiatric Nurses Association, 2002; Standards of Psychiatric Nurses of British Columbia, 1995).

3.1.4.b. Accès à la profession et cadres de réglementation

L'accès à la profession d'infirmière n'est pas réglementé de la même façon dans tous les pays. Parmi les systèmes de réglementation existants, mentionnons ceux-ci.

- organisme de réglementation unique — par exemple au R.-U
- organisme national ou gouvernemental habilité à établir les compétences de base mais n'ayant aucun pouvoir de réglementation — par exemple au Danemark, en Irlande et à Taiwan (CII, 2000)
- organismes de réglementation provincial, territorial ou d'État assujettis à une entité nationale qui tient lieu de ressource et coordonne leurs activités respectives — par exemple au Canada
- les régions autonomes dans lesquelles le gouvernement établit les normes à respecter pour une partie seulement des zones de responsabilité — par exemple en Espagne (CII, 2000)

Il arrive qu'un pays soit doté de multiples organes de réglementation. Les normes peuvent être appliquées différemment d'une province, d'un territoire ou d'un État à l'autre, ce qui complique la reconnaissance mutuelle des immatriculations à l'échelle nationale. Aux États-Unis, par exemple, un examen d'autorisation commun est utilisé sur l'ensemble du pays. Cependant, une infirmière doit être immatriculée et autorisée à exercer dans l'État où elle travaille, et certains États ne reconnaissent pas tous les processus d'immatriculation appliqués à l'extérieur de leurs frontières. Le système australien ressemble à celui du Canada au sens où, en Australie, les six États et les deux territoires ont leur propre organisme de réglementation en soins infirmiers et leur propre administration responsable de l'immatriculation des IA. Le respect des normes de compétence nationales en matière de soins infirmiers est une condition sine qua non à l'immatriculation dans tous les territoires, toutefois les infirmières doivent être inscrites ou engagées dans le territoire où elles ont l'intention de travailler (Australian Labour Force Unit, 2000; « Nursing Abroad », 2002). Les lois australiennes prévoient une reconnaissance mutuelle des immatriculations à l'échelle nationale. Ainsi, une infirmière inscrite dans un État peut présenter une demande d'immatriculation dans un autre État conformément aux principes de la reconnaissance mutuelle (« Nursing Abroad », 2002), bien qu'il faille fournir certains documents et que les exigences à cet égard peuvent varier d'un État à l'autre.



3.1.4.c. Variabilité du statut et des rôles joués par les infirmières

Le statut professionnel des infirmières et le degré d'autonomie dont elles disposent dans l'exercice de la pratique varient d'un pays à l'autre, tout comme les normes d'éducation applicables à cette profession. En Amérique du Nord et dans certains pays de l'Europe, les infirmières sont assujetties à des normes d'éducation élevées et « ... le public [leur] fait confiance ... [mais peut avoir] une piètre image de la profession en tant que carrière » (CII, 2001c, p. 2). Dans des pays comme l'Arabie saoudite, où les soins infirmiers impliquent des travaux domestiques et un niveau de scolarisation peu élevé, la profession jouit d'un statut inférieur et d'une image peu favorable (Kearsey, 2002). La volonté d'améliorer le statut professionnel des infirmières est une des raisons qui ont poussé certains pays, notamment l'Islande, à prendre des mesures pour que le baccalauréat soit légalement défini comme étant la condition minimum préalable à l'accès à la profession, et qui expliquent que d'autres pays, tels l'Allemagne, se préparent à en faire autant (CII, 2002b). Le Vietnam et l'Indonésie commencent tout juste à offrir un baccalauréat en sciences infirmières (Barcelo, 2002). Le nombre croissant d'infirmières titulaires d'une maîtrise et d'un doctorat, et la recherche qui se fait elle aussi plus intense dans le secteur des soins infirmiers influent sur le statut attribué à la profession dans certains pays (CII, 2002b).

Les rôles joués par les infirmières varient selon les fonctions qu'assument les autres professionnels de la santé. Dans les pays où le nombre de médecins est élevé par rapport au personnel infirmier, la répartition des tâches entre les deux professions n'est pas la même que dans les pays qui comptent relativement peu de médecins. Au Pakistan, par exemple, où l'on dénombre au moins dix médecins pour une infirmière, les médecins exécutent des fonctions normalement associées aux soins infirmiers (Amarsi, 1998).

Parce que les modèles de prestation des soins de santé et les rôles du personnel infirmier varient d'un pays à l'autre, il est difficile de fournir une juste interprétation des statistiques comparatives sur la main-d'œuvre infirmière, même quand ces données existent. Par exemple, le CII (2000) a dressé la liste des ratios infirmières par habitant pour dix pays en 1996. Les chiffres varient considérablement d'un pays à l'autre.

Irlande	1:101	Japon	1:206
Nouvelle-Zélande	1:102	Espagne	1:208
Australie	1:105	R.-U.	1:222
É.-U.	1:123	Taiwan	1:292
Canada	1:134	Danemark	1:730

Cependant, il est difficile d'expliquer ces écarts parce qu'on ignore quels sont les rôles et/ou champs de pratique des infirmières d'un pays à l'autre (CII, 2000). De façon semblable, les comparaisons entre le nombre d'infirmières par lit réservé aux soins aigus en Australie (1.4), en France (0.5), en Allemagne (0.6) et au Royaume-Uni (1.0) ne sont utiles que dans la mesure où nous disposons de plus d'information sur les rapports qu'entretient ce personnel avec les autres membres des disciplines de la santé (Bloor et Maynard, 2003).



4. Facteurs du marché du travail ayant une incidence sur les soins infirmiers

Cette section est consacrée aux principales tendances et aux processus cycliques influant sur le travail du personnel infirmier, pris en compte dans leurs contextes temporel et géographique. Trois vastes catégories de changement ont des répercussions sur les marchés du travail — les tendances à long terme, les changements cycliques et le changement atypique. Les **tendances à long terme** (changements linéaires) sont des processus qui perdurent et/ou s'intensifient ou s'amenuisent avec le temps. Parmi les changements linéaires ayant des retombées sur la main-d'œuvre infirmière, mentionnons le vieillissement de la population dans les pays développés, les technologies de plus en plus complexes et le phénomène de la mondialisation. Les cycles du marché sont d'importants **changements cycliques** qui ont eux aussi des répercussions sur la main-d'œuvre infirmière. Enfin, un **changement atypique** fait référence à des événements comme les guerres, les crises politiques ou économiques ou les catastrophes naturelles. Ces trois types de changement sont distincts sur le plan conceptuel uniquement, puisque les facteurs à l'origine ou émanant de l'un d'entre eux peuvent accentuer ou minimiser les autres. De plus, les environnements social et culturel complexes ont une incidence sur les trois types de changement précités.

4.1. Tendances à long terme

4.1.1. Changements démographiques

Les caractéristiques démographiques exacerbent l'actuelle pénurie d'infirmières. Au cours des dernières décennies, l'accroissement de la population dans les pays développés du Nord et de l'Occident, par exemple l'Amérique du Nord et les pays du nord de l'Europe, a ralenti, cessé, voire s'est inversé (United States Department of Health and Human Services [USDHHS], 2002). Les populations dans ces pays vieillissent en raison des faibles taux de natalité et de l'augmentation de l'espérance de vie. Par contre, dans la plupart des pays en voie de développement, la croissance démographique et le rajeunissement de la population persistent (Foote, 1996).

À l'heure actuelle, une opinion fait consensus au plan international, à savoir que la prestation de services de soins infirmiers plus nombreux est nécessaire dans la communauté et le contexte des soins impératifs (Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Étudiants [ANFIIDE], 2002; Australian Labour Force Unit, 1999, 2000; Buchan, 2000b; Commonwealth Department of Education, Training and Youth Affairs [Commonwealth DETYA], 2001; CII, 2000, 2001c; Norrish et Rundall, 2001). La nature des services de soins infirmiers requis dépend du profil de la population à desservir. Cela dit, le secteur qui connaîtra l'expansion la plus rapide sera celui des services de soins infirmiers offerts aux personnes âgées (Irwin, 2001; USDHHS, 2002). Vu la transition à un mode de prestation des soins de santé mentale dans un contexte communautaire, les infirmières psychiatriques ou en santé mentale dans bien des pays (p. ex. au R.-U.) ont dû étendre l'offre de leurs services au-delà des établissements de santé mentale (Clinton et al., 2001).

Dans une certaine mesure, le profil démographique de la main-d'œuvre infirmière reflète celui de la main-d'œuvre en général (Buchan et Seccombe, 2000). Les changements démographiques ont une double incidence sur la main-d'œuvre infirmière, d'abord sur la population des patients, entre autres sur le volume et les types de soins requis, ensuite, sur le nombre et les domaines de spécialisation des travailleurs et travailleuses parmi ce groupe de la population active.



L'âge de la main-d'œuvre infirmière varie d'un pays à l'autre. En **1996**, l'âge moyen de la main-d'œuvre infirmière en Australie était de 40 ans, ce qui était inférieur à l'âge moyen de la main-d'œuvre infirmière en Amérique du Nord et dans les pays de l'Europe (Australian Labour Force Unit, 1999; Blanchard et Mandraud, 2002). Par exemple, en **1998** au R.-U., 20 % des infirmières et des sages-femmes avaient plus de 50 ans (Buchan, 1999); en **2001-2002**, 58,28 % de ces effectifs étaient âgés de plus de 40 ans (Nursing and Midwifery Council, 2002). Les statistiques suivantes pour **2002** démontrent une différence marquée entre l'âge moyen des infirmières en Asie et celui des infirmières en Amérique du Nord et en Europe.

Asie	âge moyen variant entre 21 ans dans les Philippines et 35 ans à Macao et en Mongolie (CII, 2002c)
Danemark	moyenne de 42,7 (CII, 2002d)
É.-U.	moyenne de 43,3 (CII, 2002d)
Norvège	moyenne de 43,4 (CII, 2002d)
Canada	moyenne de 43,7 (CII, 2002d)
Islande	moyenne de 44,0 (CII, 2002d)
Suède	moyenne de 44,7 (CII, 2002d)
R.-U.	âge moyen non signalé (CII, 2002d)

On estime que l'âge moyen du personnel infirmier aux États-Unis passera à 45,5 ans **au cours des dix prochaines années**, et qu'au-delà de 40 % des IA auront plus de 50 ans **d'ici 2020** (Buerhaus, Staiger et Auerbach, 2000). Malgré l'âge moyen élevé des infirmières sur le marché du travail dans les pays développés, elles sont moins nombreuses dans le groupe d'âge supérieur (p. ex., 50 à 65 ans) que dans le groupe d'âge inférieur, en raison peut-être de la retraite anticipée. L'Australie, les États-Unis et le Royaume-Uni signalent une hausse du taux de retraite à l'âge de 55 ans (Buchan, 1999; Commonwealth DETYA, 2001).

Les infirmières exercent leur profession pendant une période plus ou moins longue selon le pays où elles habitent. Une carrière dans le secteur des soins infirmiers a une durée moyenne de 25 à 40 ans en Asie, sauf au Japon, où elle prend fin en moyenne après 9,1 ans (CII, 2002c). Aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, la carrière professionnelle d'une infirmière est moins longue en raison du plus grand nombre de diplômés adultes en sciences infirmières qui demeurent moins longtemps sur le marché du travail (Buchan, 1999; Buchan et Seccombe, 2000; Irwin, 2001), et de la retraite anticipée, plus particulièrement aux États-Unis (CII, 2001a; Peterson, 1999; Valiga, 2002). En Allemagne, la main-d'œuvre est relativement jeune parce que peu d'infirmières en font partie plus de trois ou quatre ans après avoir obtenu leur diplôme (Irwin, 2001).

4.1.2. Changement technologique

Le changement technologique façonne dans une large mesure la main-d'œuvre infirmière (CII, 2001a). Dans les années 80, le développement de technologies plus efficaces a conduit à des procédés moins effractifs et à la prestation de soins plus complexes au sein de la communauté (CII, 1994). Les progrès



technologiques ont rendu possible la mise en œuvre des stratégies de restructuration des années 90 et créé au bout du compte une main-d'œuvre moins nombreuse et plus âgée. Aujourd'hui, les nouvelles technologies continuent de faciliter une transition des soins hospitaliers aux soins primaires, et créent un plus grand besoin pour un personnel infirmier spécialisé (ANFIIDE, 2002; Irwin, 2001).

Les changements technologiques influencent également les choix de carrière. Buerhaus et al. (2000) suggèrent que les progrès technologiques ne font qu'accentuer la pénurie de personnel infirmier en procurant aux jeunes femmes un plus vaste choix de carrières. Auparavant confinées à quelques occupations réservées traditionnellement à la gent *féminine*, notamment la profession d'infirmière, les jeunes femmes ont maintenant le choix entre des carrières plus prestigieuses que celle d'infirmière, assorties de salaires de départ plus élevés et d'échelles de traitement avec des augmentations plus fréquentes (James, 2001). L'exigence d'un diplôme en sciences infirmières comme condition d'accès à la profession — en soi une réponse à la complexité croissante des soins de santé — peut aussi exacerber le problème de l'offre en prolongeant le nombre d'années d'études que doivent compléter les infirmières avant d'obtenir leur diplôme et d'intégrer le marché du travail.

4.1.3. Mondialisation

La mondialisation a engendré une plus grande interdépendance ainsi qu'une mobilité accrue de la main-d'œuvre entre les différentes régions du globe. Il y a les marchés du travail locaux pour les infirmières à l'intérieur des pays, les marchés du travail régionaux qui regroupent les pays à l'intérieur d'une même région géographique, enfin, le marché du travail mondial. Les progrès technologiques et sociologiques qui ont marqué les deux dernières décennies font en sorte que si une région est touchée par des changements, le reste de la planète l'est aussi.

L'impact des accords commerciaux sur le marché du travail commence à peine à se faire sentir. Parmi les importants accords qui ont été signés figurent les suivants.

- l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA) — qui inclut le Canada, les États-Unis et le Mexique
- l'Union européenne (UE) — composée de 15 pays en 1995 et qu'intégreront 10 autres d'ici 2004
- la Coopération économique Asie-Pacifique (APEC) — qui regroupe 21 pays

Ces accords créent des marchés du travail régionaux et ont une influence considérable sur la mobilité des travailleurs, dont les infirmières. Toutefois, si les accords commerciaux favorisent la libre circulation de la main-d'œuvre professionnelle, les divers systèmes d'enseignement et d'attribution de permis de travail en vigueur dans chacun des pays lui posent des obstacles. Beaucoup de pays développés qui offrent des programmes d'enseignement semblables et partagent la même langue recrutent des infirmières sur le territoire des uns des autres; c'est le cas notamment des États-Unis, du Royaume-Uni, du Canada et de l'Australie, les États-Unis étant le plus large recruteur (AIIC, 2002). Bien qu'il existe depuis fort longtemps un climat de coopération informel en ce qui concerne le personnel infirmier, et qu'on



accorde une importance croissante à la transférabilité des qualifications professionnelles d'un pays à l'autre, il reste que l'accréditation internationale dans le secteur des soins infirmiers n'en est toujours qu'à ses premiers balbutiements (Cutshall, 2000).

Là où existe une demande pour un type particulier de travailleurs, les gouvernements conjuguent leurs efforts pour remédier aux pénuries. Dans certaines régions, des accords de reconnaissance mutuelle ont été signés de sorte que les infirmières satisfaisant aux exigences établies par un pays concernant l'émission des permis d'exercice peuvent voir leurs qualifications aux fins d'emploi reconnues dans un autre pays. De tels accords existent entre l'Australie et la Nouvelle-Zélande, entre les îles des Caraïbes, en Amérique du Nord et aux États-Unis (Cutshall, 2000). De plus, le Royaume-Uni a conclu un accord lui permettant de recruter des infirmières en Chine et dans les Philippines, qui sont dès lors autorisées à exercer leur profession pendant deux ans ou moins dans ce pays (BBC News Online, 2000a).

L'ALENA permet aux infirmières autorisées du Canada de travailler aux États-Unis parce que les infirmières sont réglementées selon des examens nationaux. Néanmoins, les normes, procédures et critères varient d'un État à l'autre (Cutshall, 2000). Les infirmières auxiliaires autorisées ainsi que les infirmières psychiatriques autorisées ne figurent pas dans l'ALENA. En Europe, tous les citoyens de l'UE peuvent circuler librement entre les frontières, et tous les pays de l'UE reconnaissent les qualifications des professionnels réglementés venant d'autres États membres (Buchan, 2002). Toutefois, chaque pays peut demander à ces travailleurs de se prêter à des tests pour combler les différences d'ordre législatif, éthique et linguistique (Cutshall, 2000). Par exemple, les infirmières de l'UE peuvent devoir subir un test de compétence linguistique en anglais et s'inscrire à des programmes d'adaptation avant de pouvoir travailler au Royaume-Uni (Buchan, 2000a). Bien que diverses initiatives aient été prises en faveur du perfectionnement des études en soins infirmiers, les pays n'appliquent pas tous dans la même mesure les directives de la Commission européenne; il existe peu d'information sur l'uniformisation transfrontalière et la transférabilité des qualifications professionnelles aux fins d'emploi (Cutshall, 2000).

L'OMS (Adams et Al-Gasseer, 2001) a cerné les défis qui attendent les services de soins infirmiers et de sage-femmerie et qui découlent des ententes dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce. On s'attend en effet à ce que la mobilité accrue des personnes exerçant la profession d'infirmière et de sage-femme provoque des pénuries dans les régions géographiques moins affluentes. Il est impossible d'assurer un suivi de ces migrations en raison des données incomplètes ou incompatibles obtenues de sources diverses dans les pays concernés, ce qui donne en bout de ligne un aperçu inexact de la migration interne (ou externe) dans un pays (Buchan et al., 2003).

4.2. *Changement cyclique*

La demande d'infirmières augmente, certes, mais la tendance vers l'élargissement de la main-d'œuvre infirmière ne s'est pas maintenue. Les pénuries, qui surviennent quand l'offre ne répond plus à la demande de personnel, engendrent une hausse des salaires. Cela a pour effet d'encourager les infirmières à travailler de plus longues heures, et d'inciter davantage de personnes à intégrer les rangs de la profession. Lorsqu'il y a suffisamment d'infirmières pour répondre à la demande, les organisations cherchent des moyens de



réduire les dépenses dans ce secteur. S'ensuit un surplus de personnel, les salaires deviennent moins concurrentiels et moins de gens se joignent à la main-d'œuvre infirmière (Meltz, 1988). Pareilles circonstances provoquent une autre pénurie. Le survol de ce qu'a été la main-d'œuvre infirmière au cours des vingt dernières années, présenté dans les prochains paragraphes, illustre un cycle complet du marché du travail.

4.2.1. Réduction de la demande

Après l'accroissement de l'emploi qui a marqué les années 70 et 80, la taille de la population active a diminué dans les années 90 quand les systèmes de soins de santé ont dû faire face à une hausse de la demande de services en même temps que les compressions budgétaires les forçaient à réduire leurs dépenses (Buchan, 2002). Les pays développés ont réagi par une réforme du système des soins de santé (Cutshall, 2000; CII, 2000).

Souvent, une telle restructuration impliquait la participation accrue du secteur privé, la modification des systèmes de paiement, de moins longs séjours à l'hôpital, une hausse du nombre de patients nécessitant des soins actifs, l'élargissement de la prestation de services communautaires, y compris des soins à domicile, et une plus grande rigueur dans le contrôle des coûts (Guevara et Mendias, 2002; Peterson, 1999). Par exemple, le Royaume-Uni, l'Espagne et la Nouvelle-Zélande ont opté pour des mécanismes de déréglementation non gouvernementaux ou de privatisation en matière de soins de santé, de sorte à responsabiliser davantage les gens et les communautés dans ce secteur et à adopter un système axé davantage sur le marché (CII, 1994, 2000). Ce changement organisationnel nécessitait entre autres de réformer le modèle de prestation des soins aux patients en modifiant les structures décisionnelles ainsi que l'éventail de qualifications des fournisseurs de soins, ce qui impliquait le remplacement de travailleurs professionnels par des employés sans titre professionnel (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations [JCAHO], 2002; Norrish et Rundall, 2001).

La rationalisation de la main-d'œuvre s'est révélé une importante stratégie pour réduire les coûts, et dans beaucoup de pays, la main-d'œuvre infirmière en a été la principale cible. (Adams et Al-Gasseer, 2001). La restructuration des services de soins infirmiers impliquait notamment la réduction des effectifs et la réaffectation du personnel, la modification des ratios temps plein-temps partiel, et le rajustement de l'éventail des qualifications (Baumann et al., 2001; Blythe, Baumann et Giovannetti, 2001). Aux États-Unis, près de 60 % des hôpitaux ont été touchés par le mouvement de restructuration entre 1991 et 1996 (Aiken, 2001). Environ 90 % de ces établissements ont réduit leur personnel, 25 % ont mis à pied des IA et près de 50 % ont perdu une partie de leurs IA par suite de l'attrition des effectifs (Aiken, 2001).

4.2.2. Réduction de l'offre

4.2.2.a. Faible recrutement.

Le faible recrutement dans le cadre des programmes de soins infirmiers était une réalité partout dans le monde. En Suisse, le nombre de nouveaux diplômés en sciences infirmières a diminué de 36 % entre 1991 et 1998 et les inscriptions aux programmes de soins infirmiers étaient moins nombreuses (Weyermann, 2000). Au Royaume-Uni, le nombre de nouveaux diplômés a diminué d'un tiers environ entre 1990 et 1999



(Finlayson et al., 2002). En Australie (Australian Labour Force Unit 1999, 2000), en Afrique du Sud (Southern African Migration Project [SAMP], 2002) et au Canada (Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC], 2002), il y a eu également une diminution du nombre d'étudiants en sciences infirmières.

Deux raisons principales expliquent le faible recrutement dans le cadre des programmes de soins infirmiers. Premièrement, dans certains pays, les gouvernements ont décidé de réduire les quotas d'étudiants et/ou le nombre de programmes d'enseignement (CII, 2000). Aux États-Unis, en 1995, l'excédent de 200 000 à 300 000 infirmières anticipé d'ici la fin du XX^e siècle a mené à la recommandation d'éliminer entre 10 et 25 % des programmes de soins infirmiers (Malone et Marullo, 1997). Au Royaume-Uni, en 1995-1996, les rapports indiquant qu'un surplus de personnel infirmier était à prévoir ont donné lieu également à une réduction du nombre d'admissions dans les programmes de soins infirmiers (BBC News Online, 2002).

Deuxièmement, le faible recrutement s'explique par la piètre image que l'on se fait de la profession d'infirmière. Certains auteurs ont attribué aux faibles taux d'admission aux programmes de soins infirmiers l'idée peu reluisante d'une carrière dans ce secteur (Australian Labour Force Unit, 1999; Commonwealth DETYA, 2003; CII, 2001c; Irwin, 2001). Les auteurs de la documentation que nous avons étudiée s'entendent pour dire que les conditions d'emploi dans les milieux de travail restructurés et dans la période suivant le mouvement de restructuration n'avaient rien pour inciter les gens à intégrer les rangs de la profession (James, 2001; Peterson, 1999; Romig, 2001). Plus de la moitié des IA et des IAA qui ont participé à un sondage réalisé aux États-Unis ont indiqué qu'elles ne recommandaient pas la carrière d'infirmière à leurs enfants ou à leurs amis (Heinrich, 2001). Près du quart des répondantes ont par ailleurs indiqué qu'elles n'hésiteraient pas à décourager quiconque de choisir la profession d'infirmière, et près de la moitié ont affirmé qu'elles opteraient pour une autre carrière si c'était à refaire (Heinrich, 2001). Les soins infirmiers étaient considérés une profession instable et imprévisible, une carrière à risques élevés sans avenir assuré, avec peu de possibilités d'avancement (Nevidjon et Erikson, 2001). Les femmes ont tiré partie des possibilités d'emploi accrues à l'extérieur du secteur des soins de santé, de celles qui incluaient des salaires plus satisfaisants et de meilleures conditions de travail (James, 2001). Les minorités et les hommes ont continué d'être sous-représentés dans les programmes de soins infirmiers et la profession (JCAHO, 2002). Pour les IA titulaires d'un baccalauréat, la disparité du rapport entre les différents niveaux de scolarité en soins infirmiers et les avantages qui en découlent sur les plans professionnel et financier s'est avéré un réel facteur de dissuasion (Aiken, 2001; Bednash, 2000; Heinrich, 2001; Reuters, 2000).

Selon Ryten (AIIC, 2002), le faible recrutement a eu pour effet d'accroître l'âge moyen de la main-d'œuvre infirmière au Canada. Au R.-U., le nombre d'IA de moins de 30 ans a diminué de moitié entre 1988 et 1998 (Buchan, 1999). De la même façon, aux États-Unis, vu le moins grand nombre d'infirmières de moins de 30 ans, l'âge moyen des infirmières a augmenté de 4,5 ans entre 1983 et 1998, bien que celui de l'ensemble de la population active américaine ait augmenté de deux ans seulement pendant cette période (Buerhaus et al., 2000).



4.2.2.b. Taux d'attrition élevé

Les infirmières quittent la profession plus tôt qu'auparavant après avoir obtenu leur diplôme dans l'espoir de trouver des carrières plus sécuritaires, plus valorisantes sur le plan professionnel, assorties d'un horaire plus pratique, de salaires plus satisfaisants et de conditions de travail qui facilitent leur vie professionnelle (American Federation of State, County, and Municipal Employees of Medicine [AFSCMEM], 2002).

Lors des pénuries précédentes, les infirmières sont retournées sur le marché du travail quand les conditions ont été meilleures. Toutefois, plusieurs facteurs contribuent aux lacunes grandissantes de la main-d'œuvre infirmière disponible. Dans beaucoup de pays développés, les *baby boomers* représentent actuellement un large pourcentage de l'ensemble de la population active. Ce groupe prendra sa retraite au cours des 15 prochaines années (p. ex., 78 millions de personnes aux É-U. d'ici 2010), ce qui exercera des pressions sur une main-d'œuvre infirmière aux prises avec ses propres problèmes de retraite — un nombre croissant d'IA optent pour la retraite anticipée, beaucoup avant l'âge de 56 ans (Buerhaus et al., 2000; CII, 2001a; O'Brien-Pallas, Alksnis et Wong, 2003; Sigma Theta Tau International, 2002). De plus, durant cette période, le nombre de femmes âgées de 25 à 53 ans (qui formaient traditionnellement l'essentiel de la main-d'œuvre infirmière) ne devrait pas changer, ce qui créera un plus grand déséquilibre encore entre l'offre et la demande futures (Heinrich, 2001). On s'attend à ce que les *baby boomers* à la retraite suscitent une hausse de la demande de services de santé parce qu'ils auront une espérance de vie plus longue et nécessiteront une gestion d'affections et de maladies chroniques (American Nurses Association, 2002; Heinrich, 2001; CII, 2002d, JCAHO, 2002).

4.2.2.c. Qualité et stabilité du milieu du travail

Le financement instable du secteur des soins de la santé, jumelé à une planification, à une gestion ainsi qu'à une répartition inadéquates des ressources humaines ont nui au travail des infirmières dans beaucoup de pays (CII, 2000). Leurs rôles professionnels, travail et milieux de pratique se sont tous détériorés (Peterson, 1999). Parmi les problèmes courants, mentionnons une moins grande sécurité d'emploi, les changements apportés aux structures de carrière, au lieu d'emploi et à la nature du travail, ainsi qu'une réduction des services de soutien (Buchan, 2000b; Norrish et Rundall, 2001). La charge de travail s'est accrue, le travail est devenu plus intense et il y a une moins grande continuité dans la composition de l'équipe de soins infirmiers, en partie à cause du recours plus fréquent au personnel d'agences (Bosseley, 2001; Jenkins-Clarke et Carr-Hill, 2001). La qualité des soins prodigués aux patients a souffert de la collaboration moins efficace entre fournisseurs de soins de santé, y compris entre les infirmières et les médecins (AACN, 2002a; Bosseley, 2001). Les infirmières étaient insatisfaites à la fois de la direction des hôpitaux (Jenkins-Clarke et Carr-Hill, 2001) et du manque de leadership en soins infirmiers (Buchan, 1999). Leur propre travail était devenu moins gratifiant qu'avant la restructuration du système parce qu'elles se sentaient exclues du processus décisionnel et incapables de mettre à profit leur expertise (Bosseley, 2001). Elles ne se sentaient ni valorisées ni respectées (Heinrich, 2001), et le manque fréquent de lits et d'équipement contribuait à créer un climat de travail difficile (Baumann et Blythe, 2003). De plus, les infirmières se sont dites inquiètes pour la sécurité des patients (Bosseley, 2001).



Entre 1997 et 1999, une étude réalisée dans cinq pays dans les Amériques (Argentine, Brésil, Colombie, Mexique et États-Unis) a révélé que peu importe les différences dans les services offerts, les modèles de prestation et les moteurs de la restructuration, les infirmières dans chacun des pays participants vivaient des problèmes similaires — niveau de stress accru, charges de travail plus lourdes, réduction du personnel, réduction des soins directs prodigués aux patients, multiplication de la paperasserie et nécessité accrue d'avoir des connaissances techniques (Guevara et Mendias, 2002). Selon les résultats d'un sondage réalisé auprès de 43 000 infirmières dans cinq pays (États-Unis, Canada, Angleterre, Écosse et Allemagne), celles-ci croient que les problèmes entourant la conception des tâches et la gestion de la main-d'œuvre sont préjudiciables à la qualité des soins offerts aux patients (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski, et Silber, 2002).

Outre l'insatisfaction par rapport au milieu de travail, la question salariale est un autre problème important. Selon le CII (2001a), la discrimination salariale à l'égard des femmes explique les salaires peu élevés accordés aux infirmières. Cependant, la cause première de la stagnation des salaires était la baisse de la demande d'infirmières. Aux États-Unis, le revenu des infirmières n'a pas changé de 1993 à 1996 (ABC Action News, 2002; Aiken, 2001; Brewer, 1997). Leur échelle de rémunération est comprimée, ce qui veut dire que les hausses de salaire sont accordées principalement aux infirmières en début de carrière et qu'elles s'estompent par la suite (USDHHS, 2002). Les possibilités d'obtenir une hausse de salaire diminuent donc avec les années qui passent. Par conséquent, plus les infirmières ont d'années de service, moins leur salaire est comparable à celui d'autres professionnels occupant des emplois semblables, ce qui devient un motif pour changer de carrière (USDHHS, 2002).

Compte tenu de ce que pensent les infirmières de leur qualité de vie professionnelle et de leurs salaires, il faut s'attendre à des départs volontaires parmi la main-d'œuvre infirmière. Selon Heinrich (2001), la moitié des infirmières aux États-Unis songent à quitter la profession au cours des deux prochaines années pour d'autres raisons que la retraite. Les taux de renouvellement actuels du personnel infirmier aux États-Unis est passé de 12 % en 1996, à 15 % en 1999, puis à 26 % en 2000 (Aiken, 2001). En Australie (Commonwealth DETYA, 2001; Queensland Nurses' Union, 2001) et partout en Europe, les infirmières abandonnent la profession à cause du milieu de travail et des salaires insatisfaisants (Irwin, 2001; Peterson, 1999). La retraite anticipée attribuable à une insatisfaction par rapport aux conditions de travail est courante dans beaucoup de pays (CII, 2001a), notamment au Royaume-Uni (Buchan, 1999; Buchan et Seccombe, 2002), aux États-Unis (Jenkins-Clarke et Carr-Hill, 2001; Peterson, 1999; Valiga, 2002) et en Australie (Commonwealth DETYA, 2001). Les invalidités personnelles et les responsabilités qui accompagnent la prestation de soins à des membres âgés de la famille sont d'autres raisons invoquées pour quitter la profession (CII, 2000, 2001a). De plus, les infirmières cessent souvent d'exercer tôt après avoir obtenu leur diplôme. Au R.-U., jusqu'à un tiers des diplômés des programmes de soins infirmiers n'obtiennent jamais leur immatriculation d'infirmière (Finlayson et al., 2002).



4.3. *Nouveau millénaire : renouvellement de la demande*

Le faible recrutement et le taux d'attrition élevé durant les années 90 ont fait en sorte que la population active dans le secteur des soins infirmiers ne répondait plus à la demande au début du XXI^e siècle. Les effectifs moins nombreux devaient prodiguer des soins à davantage de patients qu'il n'y en avait au début des années 90, et le nombre de postes vacants s'était accru. Bien que les forces du marché aient pu à elles seules provoquer des pénuries, les tendances linéaires (à long terme) dont nous avons parlé plus tôt sont entrées en ligne de compte. Avec la réduction de l'offre, les décideurs ont commencé à prendre conscience du rôle important que joue la planification de la main-d'œuvre; les gouvernements, les organisations d'infirmières et d'infirmiers de même que les employeurs ont commencé à colliger des données sur lesquelles fonder leurs décisions.



5. La pénurie actuelle d'infirmières

5.1. *Prévalence de la pénurie*

Il y a un surplus d'infirmières dans beaucoup de pays asiatiques. À Taiwan, par exemple, 44 % des infirmières autorisées à exercer occupent un emploi dans un autre secteur que celui des soins infirmiers (CII, 2000, 2002a). Ce surplus est attribuable en partie aux tendances de l'emploi et aux stratégies voulant qu'on forme les travailleurs dans les secteurs où il existe une forte demande (CII, 2000, 2002a).

Quelques pays occidentaux, notamment l'Espagne, la Finlande (BBC News Online, 2001) et l'Allemagne signalent également un surplus d'infirmières, toutefois la déclaration de l'Allemagne est contestable (CII, 2002b). Par contre, la plupart des pays font face présentement à des pénuries d'infirmières ou y seront confrontés sous peu (CII, 2000, 2002b). Des pénuries ont été signalées à plusieurs endroits, y compris l'Australie, le Canada, la Nouvelle-Zélande, l'Irlande, le Royaume-Uni, les États-Unis, les Philippines, l'Europe de l'Ouest, l'Australie, l'Afrique et l'Amérique du Sud (CII, 2000; Sigma Theta Tau International, 2001).

Aux États-Unis, bien que les prévisions de pénuries varient, elles sont élevées dans tous les cas (Scanlon, 2001). Les taux de chômage chez les infirmières aux É.-U. sont à leur plus bas niveau depuis dix ans et les postes à combler, un indicateur courant des pénuries de personnel infirmier, sont à la hausse (Aiken, 2001; Heinrich, 2001). Le taux de participation des infirmières à la population active est d'au moins 80 %, et peu d'entre elles, qualifiées et sans emploi, restent à convaincre de réintégrer le marché du travail (Aiken, 2001). Selon Sigma Theta Tau International (2002), le taux d'inscription au baccalauréat de niveau d'entrée en sciences infirmières, à la baisse depuis cinq ans, s'était accru à l'automne 2001, en raison peut-être de l'intensification des efforts de recrutement. Toutefois, les personnes présentement en cours de formation ne suffiront pas pour répondre à la demande d'un million d'infirmières que l'on s'attend à devoir combler aux États-Unis au cours des dix prochaines années (Sigma Theta Tau International, 2002).

Les problèmes d'offre sont courants partout en Europe (Blanchard et Mandraud, 2002; Buchan, 2000b; Rhéaume, 2003; Weyermann, 2000). Au Royaume-Uni, on s'attend à une pénurie de 55 800 infirmières d'ici 2004 (Buchan et Seccombe, 2002). En France, malgré une hausse des effectifs depuis 1971, on dénombre présentement entre 10 000 et 20 000 postes d'infirmière vacants (Blanchard et Mandraud, 2002). Même déséquilibre de l'offre et de la demande en Belgique, qui fait l'expérience de pénuries cycliques d'infirmières depuis le début des années 70 à cause des taux élevés de départs naturels et du grand nombre d'infirmières occupant des postes à temps partiel (De Pape, 2002, Orenbuch, 1974). La Suisse a signalé entre 1 300 et 2 000 postes d'infirmière vacants (Weyermann, 2000). En Australie, le nombre d'infirmières continue de chuter; elles sont plus nombreuses à travailler à temps partiel et le ratio infirmières par habitant décline (Australian Institute of Health and Welfare, 2000).

Des pénuries ont été signalées dans les pays en développement, entre autres en Zambie et au Chili (BBC News Online, 2000b); cependant elles ne sont pas provoquées par les mêmes facteurs que dans les pays développés. Par exemple, en Afrique du Sud, la rareté des infirmières s'explique en partie par le fait qu'elles sont atteintes du VIH-sida, en partie par leur migration vers les pays plus développés du Nord et le Moyen-Orient (SAMP, 2002). La plupart des pays industrialisés font ou feront face dans un avenir rapproché à des pénuries d'infirmières à cause d'une hausse de la demande pour les soins de santé et, dans certains pays, d'une diminution de l'offre d'infirmières (CII, 2002b).



Il y a pénurie de personnel infirmier dans les Émirats arabes unis parce que peu d'Émériens étudient en vue d'exercer cette profession (renseignement fourni par F. Rifai, le 25 février 2003). En fait, dans beaucoup de pays du Moyen-Orient, la plupart des infirmières sont recrutées à l'étranger (Royston, Mejia et Pizurki, 1997). La population de l'Arabie saoudite devrait doubler d'ici 2025, ce qui pourrait provoquer une pénurie de personnel infirmier (Kearsey, 2002). Comme beaucoup d'infirmières à travers le monde préfèrent migrer vers le Royaume-Uni, les États-Unis et le Canada plutôt que vers le Moyen-Orient, le recrutement n'est pas tâche facile (renseignement fourni par F. Rifai, le 25 mars 2003).

5.2. *La nature de la pénurie*

Malgré qu'on puisse prouver l'existence de problèmes d'offre au sein de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale, il est difficile d'en déterminer précisément la nature. Le manque de données précises, cohérentes, courantes et sensibles fait qu'il est impossible de décrire la nature ou l'ampleur de la pénurie d'infirmières ou de prévoir exactement les scénarios à venir (Buchan et Seccombe, 2002; USGAO, 2001). Différentes méthodes sont utilisées pour cerner les déséquilibres actuels de l'offre et de la demande (OMS, 2002), avec pour résultat que les projections varient en termes de gravité des déséquilibres et du temps qu'il faudra pour que leurs répercussions se fassent sentir (Harte, 2000; CII, 2001c).

Les auteurs de textes publiés dans certains pays nient l'existence d'une pénurie de ressources infirmières, attribuant les taux de vacance élevés aux piètres conditions de travail, non pas au manque de personnel qualifié (JCAHO, 2002; Kruger, 2002). L'argument voulant que de meilleures conditions de travail attireraient plus d'infirmières obtient quelques appuis (Commonwealth DETYA, 2001; CII, 2000, 2002a, 2002b). En Norvège, le nombre de postes vacants est élevé parce que beaucoup d'infirmières occupent un emploi dans un autre secteur sinon travaillent à temps partiel (CII, 2001a). Beaucoup réintégreraient la profession si les conditions de travail et les salaires étaient meilleurs (CII, 2001a). Aux États-Unis, un syndicat a suggéré qu'il y a pénurie parce que les infirmières refusent de travailler dans les conditions actuelles et que si rien n'est fait pour les améliorer, le problème perdurera (AFSCMEM, 2002). Ils ont souligné qu'en 2000, près de 500 000 infirmières aux États-Unis occupaient un emploi dans un autre secteur que celui des soins infirmiers (AFSCMEM, 2002).

Certaines associations d'infirmières en Belgique affirment également que la solution à la pénurie de personnel réside dans la hausse des salaires et l'amélioration des conditions de travail (Rhéaume, 2003). Dans ce pays, le pourcentage de nouveaux diplômés en soins infirmiers est passé de 7,22 % en 1992 à 13,72% en 1996, ce qu'on attribue principalement à la bonification des salaires entre 1989 et 1993 (Leclercq et Leroy, 1998). Toutefois, le taux de maintien en fonction des effectifs demeure faible (Rhéaume, 2003). De même, le National Health Service (NHS) au Royaume-Uni éprouve de sérieuses difficultés à recruter des infirmières et à les maintenir en emploi, même si près de la moitié des infirmières qui quittent leur poste exercent leur profession ailleurs (Finlayson et al., 2002).

Il ne suffit pas de dénombrer les effectifs pour estimer l'offre et la demande (Buchan et Seccombe, 2002). D'autres facteurs doivent également être pris en compte, à savoir l'éventail des qualifications du personnel infirmier et les différences entre les spécialisations et les secteurs de soins de santé, dont les



soins hospitaliers, les soins de santé à domicile, les soins en maison de repos et les soins communautaires (Nevidjon et Erikson, 2001). La pénurie peut être plus grave dans certains secteurs des soins infirmiers que d'autres. En Australie, il manque d'infirmières dans les unités spécialisées comme les salles d'urgence et les unités de soins intensifs (Australian Institute of Health and Welfare, 2000). Dans quelques pays, la pénurie de ressources infirmières est particulièrement grave dans certains secteurs de la main-d'oeuvre. Cette situation peut résulter de la disparité salariale. En Australie, toutes les infirmières recevaient auparavant le même salaire, peu importe où elles travaillaient. Aujourd'hui, certains secteurs, dont celui des soins de longue durée, ont de la difficulté à attirer des infirmières parce que les taux de rémunération offerts sont inférieurs à ceux que proposent les autres secteurs (Queensland Nurses' Union, 2001).

Les données nationales agrégées ne révèlent pas les disparités locales ou régionales sur le marché du travail (Prescott, 2002). Aux États-Unis, les pénuries sont plus graves dans certains États, ainsi que dans les secteurs ruraux et montagneux (USDHHS, 2002). Il est particulièrement difficile de desservir les régions éloignées en Australie, où le gros de la population habite le littoral (Commonwealth DETYA, 2001). Les postes vacants dans les zones moins peuplées prennent plus de temps à combler que dans les régions plus peuplées, et l'on constate une forte demande d'infirmières expérimentées dans toute une gamme de secteurs cliniques. Dans beaucoup de ces régions rurales et éloignées, les infirmières sont les seules à fournir des soins de santé (Commonwealth DETYA, 2001). À l'heure actuelle, ces infirmières sont âgées et diminuent en nombre (Commonwealth DETYA, 2001). La situation est semblable dans les zones rurales et les îles éloignées du Pacifique (Dewdney et Kerse, 2000).

Dans certains cas, la pénurie résulte des modalités de travail, par exemple le nombre limité de postes à temps plein disponibles (Australian Labour Force Unit, 1999, 2000; CII, 2001a) et le recours excessif à des employés occasionnels et recrutés dans les agences (AFSCMEM, 2002; Cary, 2002; Davis, 2002; Commonwealth DETYA, 2001; Esser, 2002; Nursing and Midwifery Staffs Negotiating Council, 2002). La Fédération Nationale des Infirmières de Belgique signale que les effectifs sont suffisants mais que beaucoup occupent un poste à temps partiel (De Pape, 2002). Contrairement à leurs collègues des pays occidentaux, la plupart des infirmières en Asie travaillent à temps plein — 70 % à Hong Kong, 95 % en Corée, 90 % dans les Philippines et 100 % à Macao (CII, 2002c).

L'exécution de tâches non liées aux soins infirmiers, c'est-à-dire celles qui pourraient être déléguées à d'autres membres du personnel et empiètent sur le temps que les infirmières pourraient autrement consacrer aux soins des patients, peut accroître faussement la pénurie signalée au Canada et en Allemagne (Lewis, 2002). Si davantage d'infirmières auxiliaires étaient embauchées, on estime que les effectifs seraient suffisants. Une répartition adéquate des ressources humaines — de manière à respecter et à maximiser les compétences professionnelles de chacun — aboutirait aussi à la création d'une main-d'œuvre motivée et satisfaite (Lewis, 2002).



5.3. *Stratégies pour remédier à la pénurie*

Les gouvernements, les employeurs et les associations d'infirmières, partout à travers le monde, prennent conscience de la nécessité de tenir compte de l'utilisation de la main-d'œuvre. Dans la plupart des pays, on accorde davantage d'attention au recrutement qu'au maintien en fonction des effectifs. Les décideurs dans certains pays ont reconnu récemment qu'il était essentiel aussi d'élaborer des politiques sur le maintien en emploi (AFSCMEM, 2002; Bednash, 2000; Buchan, 2002; Buchan et Seccombe, 2000). Au Royaume-Uni, par exemple, le Royal College of Nursing (RCN, 2002) affirme que des stratégies à moyen et long terme en vue d'améliorer la planification de la main-d'œuvre ainsi que des normes et pratiques en matière de gestion des ressources humaines sont essentielles pour assurer la vigueur de la main-d'œuvre infirmière à l'intérieur du pays.

5.3.1. Recrutement interne

Ayant de plus en plus de difficulté à combler les postes d'infirmière vacants, beaucoup de pays ont décidé de mettre en œuvre des stratégies de recrutement (Buchan, 2002; Irwin, 2001). Parmi les mesures communes à plusieurs pays figurent l'accroissement de l'offre d'infirmières, d'importantes campagnes de recrutement, la hausse des quotas d'étudiants dans le cadre des programmes d'études supérieures et l'attribution d'un plus grand nombre de bourses et de prêts étudiants (CII, 2001a; Sigma Theta Tau International, 2002; Victoria Auditor-General's Office, 2002).

Certains pays s'emploient aussi à encourager les infirmières à réintégrer la profession ou à conserver leur poste (AACN, 2002b; Buchan, 2002; CII, 2002b). Différentes mesures sont prises à cette fin, qu'il s'agisse par exemple de financer des cours de recyclage, de retarder et d'échelonner les retraites, d'améliorer les services de garderie, d'aménager des horaires de travail flexibles et d'accorder des suppléments dans les secteurs où le coût de la vie est élevé (Buchan, 2000b; Croix-Rouge Française, 2001; CII, 2001a). La France encourage les infirmières à réintégrer la profession en offrant des programmes de mise à jour des connaissances financés par le gouvernement ainsi que de l'aide pour trouver un emploi. Les quotas d'étudiants dans les programmes de soins infirmiers ont augmenté, et 45 000 nouveaux postes d'infirmière ont été créés (Barthes, 2002). D'autres programmes d'enseignement et de formation continue ont été élaborés, et des mesures sont prises en vue de faciliter les stages cliniques pour les étudiants (Croix-Rouge Française, 2001).

Jusqu'à tout récemment, la pénurie de personnel enseignant qualifié — attribuable aux retraites, aux démissions et au fait que peu d'infirmières choisissent d'enseigner — suscitait peu d'attention (AACN, 2002a; Peterson, 1999; Valiga, 2002). Les niveaux d'instruction plus élevés, qui obligent les enseignants à posséder de plus amples diplômes qu'auparavant, vient exacerber cette pénurie. Aux États-Unis, bien que les programmes de soins infirmiers et les quotas d'étudiants aient augmenté partout au pays, le manque de stages cliniques et le corps professoral trop peu nombreux ont pour effet de limiter le nombre d'admissions, d'accroître le nombre d'étudiants dans les classes et de retarder leur placement (AACN, 2002b; Corcoran, 2002; Heinrich, 2001; Rothchild et Bowman, 2001).



5.3.2. Recrutement à l'étranger et migration des infirmières

Les infirmières se déplacent d'un pays à l'autre au sein d'une même région, par exemple les Caraïbes, l'Amérique latine, l'Union européenne, l'Amérique du Nord et l'Afrique du Sud, migrant habituellement vers le pays ayant le plus à leur offrir. La migration intercontinentale du personnel médical et infirmier est souvent unidirectionnelle, soit des pays en développement vers les pays développés, ce qui provoque de graves pénuries d'infirmières dans les pays les moins nantis (Royston et al., 1997). Les États-Unis font office de puissant centre d'attraction (Buchan et al., 2003; Royston et al., 1997). L'ancien Commonwealth britannique procure également aux infirmières migrantes des occasions d'emploi dans des pays plus affluents. Ce mouvement migratoire provoque de graves pénuries dans les pays les moins riches, comme le Ghana. Le nombre de migrantes s'est accru récemment (Buchan et al., 2003). La migration des infirmières fera l'objet d'un examen plus approfondi dans un rapport futur; la question est abordée ici sous l'angle des stratégies de recrutement.

Bien que le CII reconnaisse le droit des infirmières de travailler où elles le souhaitent, il s'oppose aux campagnes de recrutement actif et énergique, jugées préjudiciables autant pour les pays donateurs que les pays récipiendaires (CII, 2002a). Les régions qui sont la cible de telles campagnes connaissent des pénuries de main-d'œuvre. Recruter des infirmières pour subvenir aux besoins d'un système de soins de santé dysfonctionnel et exempt de toute stratégie de planification des ressources humaines efficace s'avère une solution à court terme à un problème à long terme (Buchan et al., 2003). Cela ne fait que retarder la mise en œuvre de mesures efficaces pour accroître le recrutement, améliorer le maintien en fonction du personnel et favoriser la planification des ressources humaines à long terme (CII, 1999). La migration du personnel infirmier vers les marchés du travail des pays développés risque aussi de provoquer une détérioration des niveaux de rémunération et des conditions de travail dans ces pays. Les infirmières étrangères peuvent n'avoir aucune objection à travailler pour un moindre salaire et dans de moins bonnes conditions de travail parce que celles-ci ne demeurent pas moins enviables comparativement à celles offertes dans leur pays d'origine (Irwin, 2001).

Malgré les préjudices susceptibles d'être causés aux pays donateurs, la plupart des pays aux prises avec des pénuries encouragent les infirmières à immigrer. Aux États-Unis, le mouvement migratoire international est depuis longtemps considéré une stratégie efficace pour alimenter la main-d'œuvre infirmière (Davis, 2002). Bien que les infirmières venant de l'étranger ne composent qu'entre 1 % et 3 % des effectifs d'IA, elles occupent souvent des postes qui sont difficiles à combler par des IA formées aux États-Unis (Davis, 2002). Le Royaume-Uni recrute intensivement à l'étranger. Dans les années 90, le rapport entre les effectifs étrangers et les effectifs nationaux était de 1 pour 10 au Royaume-Uni. En 2000, il était de 1 pour 3 (Buchan, 2001). En 2001, l'immatriculation d'infirmières étrangères s'est accrue de 4,1 % (Carvel, 2001), la majorité d'entre elles venant de pays à l'extérieur de l'UE comme l'Australie, les Philippines, l'Afrique du Sud et le Nigéria (Buchan, 2001; Irwin, 2001). À l'heure actuelle au R.-U., le recrutement international s'avère une stratégie importante pour réaliser l'objectif que s'est fixé le NHS, soit celui d'accroître les effectifs de 20 000 infirmières d'ici 2004 (Buchan, 2001). En Europe, la France fait de l'Espagne et du Liban les cibles de ses campagnes de recrutement (Barthes, 2002), tandis que la Suisse recrute environ 500 infirmières par année au Québec, Canada (Toupin, 2002).



Les Émirats arabes unis ont commencé à dépendre du personnel infirmier étranger pour compléter leurs maigres ressources infirmières dans les années 60 et ont recruté principalement dans les Philippines, en Inde et dans d'autres pays arabes comme l'Égypte et la Jordanie (renseignement fourni par F. Rifai, le 25 mars 2003). Des salaires plus élevés, des billets d'avion aller-retour annuels dans leur pays d'origine et des logements en cohabitation sont quelques-uns des incitatifs offerts à ces infirmières étrangères; certaines peuvent obtenir un logement familial si elles sont admissibles à un contrat pour personnes mariées (renseignement fourni par F. Rifai, le 25 mars 2003).

Les pays bénéficiant au contraire d'un surplus d'infirmières peuvent trouver leurs intérêts dans la migration au sens où les remises des migrantes peuvent avoir d'importantes retombées économiques (Abella, 1997). Le gouvernement des Philippines encourage depuis toujours la migration, toutefois de récentes inquiétudes concernant l'épuisement des ressources infirmières, surtout parmi les effectifs spécialisés, sont à l'origine de propositions pour que le gouvernement prenne des mesures en vue de lutter contre une migration excessive (Barcelo, 2002; JCAHO, 2002).

Souvent, des pays recrutent des infirmières à l'étranger et perdent ces ressources au profit d'autres pays recruteurs. Le Royaume-Uni, par exemple, perd beaucoup de ses infirmières qui partent travailler aux États-Unis, au Canada et en Irlande (Browne, 2001). L'Australie enregistre à la fois une migration interne et externe, et bénéficie d'un faible excédant au bout du compte (Australian Labour Force Unit, 2000).

Beaucoup de pays en développement ne forment pas suffisamment d'infirmières pour répondre à leurs propres besoins. En migrant à l'étranger dans l'espoir de trouver un salaire plus satisfaisant, les rares travailleurs de la santé en Namibie et au Botswana laissent derrière eux des centres de santé locaux aux effectifs de loin inférieurs à ce qu'ils devraient être (SAMP, 2002). En Namibie, 30 % des postes d'infirmière sont vacants à cause de la migration, des décès et des démissions (SAMP, 2002). Les systèmes de soins de santé en Afrique du Sud et dans les Caraïbes battent de l'aile à cause des campagnes de recrutement international excessives que mènent les pays développés du Nord et l'Arabie saoudite (Browne, 2001). Les pays de l'Europe centrale et de l'Est craignent que l'expansion de l'UE ne procure à leurs infirmières l'occasion de se trouver du travail dans les pays plus affluents de l'Europe de l'Ouest (Irwin, 2001).

5.3.3. Maintien en fonction

Les gouvernements et les organisations d'infirmières reconnaissent que des mesures doivent être prises pour rendre plus attrayants la profession et le milieu de travail en soins infirmiers de sorte à favoriser le maintien en emploi. Les changements proposés tiennent compte des problèmes dont se plaignent les infirmières depuis dix ans et qui sont à l'origine de leur insatisfaction. Il faudrait, par exemple, améliorer le statut professionnel des infirmières de sorte qu'elles puissent exercer un leadership et prendre part aux décisions, et reconnaître que leurs connaissances et savoir-faire contribuent à la qualité des soins cliniques et des résultats pour le patient. Il faudrait également créer un milieu de pratique axé davantage sur la collaboration interdisciplinaire, la qualité des soins et la sécurité des patients. Le perfectionnement professionnel et l'enseignement infirmier bénéficieraient aussi d'une plus grande attention et d'un soutien accru (AACN, 2002a). Des milieux de travail sains et sécuritaires (Baumann et al., 2001; JCAHO, 2002; Milburn, 2002;



Nevidjon et Erikson, 2001; RCN, 2002) dotés d'équipement moderne (AFSCMEM, 2002) sont considérés essentiels. Il faut songer aussi à procurer des incitatifs aux infirmières, qu'il s'agisse de créer un plus grand nombre de postes à temps plein (CII, 2001a), d'offrir des avantages sociaux et des pensions aux infirmières occasionnelles (CII, 2001a), de meilleurs salaires et échelons de carrière (Buchan et Seccombe, 2000), d'aménager des horaires de travail plus souples (Buchan, 2002; Buchan et Seccombe, 2000) et d'offrir de plus vastes perspectives de promotion et d'avancement (AFSCMEM, 2002; Buchan, 2000b; Ward, 2001). Bien qu'il faille créer davantage de postes à temps plein pour les infirmières, il est entendu qu'un certain nombre d'infirmières occasionnelles doivent être embauchées pour combler les postes de relève-vacances et les besoins d'emploi atypique (renseignement fourni par S. Sholzberg-Gray, le 16 septembre 2003). On pourrait inverser plus facilement l'érosion des effectifs, ce qui consiste à retenir sur le marché du travail les infirmières plus âgées et expérimentées, si l'on offrait de meilleurs régimes de pension et traitements aux infirmières qui arrivent au dernier niveau de leur échelle salariale (Buchan, 1999).

Quelques gouvernements s'emploient à établir des plans d'action pour assurer une meilleure répartition des ressources infirmières (CII, 2001a). Par exemple, le NHS au Royaume-Uni accorde une plus grande importance à l'aménagement d'horaires flexibles, aux mesures permettant de réduire la violence ainsi qu'au financement accru des programmes d'apprentissage continu. Des plans ont également été conçus en faveur de nouvelles structures salariales et de carrière pour les infirmières (Buchan, 2002). Dans la réalité, toutefois, peu de ces stratégies sont mises en œuvre. Et malgré l'intérêt solide et croissant que démontrent les États-Unis pour la valeur économique de la main-d'œuvre infirmière, la plupart des pays ne font aucune analyse coût-efficacité de ces ressources (CII, 2002b). Entre-temps, les stratégies traditionnelles pour pallier la pénurie de personnel infirmier n'obtiennent que des résultats mitigés (Nevidjon et Erikson, 2001).



6. Incidences pour le Canada

On peut comprendre mieux le marché du travail canadien dans un contexte international et historique si l'on tient compte des tendances et des cycles du marché à l'échelle mondiale. La plupart des pays développés ont des problèmes de main-d'œuvre, tels la pénurie d'infirmières, et le Canada ne fait pas exception à la règle. Ces problèmes ne peuvent être résolus de façon unilatérale.

L'existence de données fiables est une condition préalable à la planification de la main-d'œuvre. Il importe de colliger des données pertinentes, fiables, valides et comparables — sur les plans régional et national — en vue d'échanger des données et d'orienter la planification des ressources infirmières dans le secteur de la santé, à l'intérieur de chaque pays et à l'échelle internationale (Irwin, 2001; Robert Wood Foundation, 2002; USGAO, 2001; OMS, 2002). L'obtention de données précises passe nécessairement par une coopération entre une variété d'organisations internationales, notamment l'Organisation internationale du travail, l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Conseil international des infirmières et les répertoires nationaux de données statistiques.

À l'heure actuelle, toute une gamme d'organisations internationales colligent des données sur le marché du travail en général. Ces renseignements sont compilés à l'aide d'un programme de l'OIT fondé sur *Les indicateurs clés du marché du travail* (voir l'annexe B; OIT, 2003). Toutefois, ces bases de données fournissent des renseignements de nature générale en raison des difficultés que représente la collecte de données internationales comparables pour les différentes professions.

Il y a eu un certain nombre de tentatives visant à créer des systèmes de classification qui reflètent la pratique clinique des infirmières. La Classification internationale des soins infirmiers, parrainée par le CII, s'avère la plus complète (AIIC, 2000). À l'heure actuelle, il n'existe aucune base de données internationale exhaustive sur les ressources humaines en santé, en général, ou sur le secteur des soins infirmiers, en particulier. Toutefois, l'OMS compte prendre les devants et concevoir une base de données internationale sur les ressources humaines en santé, et prépare en ce moment un modèle d'éléments de données pertinents aux soins infirmiers dont on puisse se servir à l'échelle internationale (Dobson, 2003).

Les bases de données axées sur les professions, en l'occurrence sur celles du secteur des sciences de la santé, s'avéreront très utiles pour les planificateurs des ressources humaines; par conséquent, il importe d'appuyer les efforts ménagés pour créer ces bases de données. Par exemple, des preuves solides et fondées sur des données statistiques sûres, aideraient les décideurs et les planificateurs à minimiser les répercussions qu'ont les cycles économiques sur la main-d'œuvre. Par le passé, des projections inexactes ont été à l'origine de réductions radicales des quotas d'étudiants, et le faible recrutement de nouvelles infirmières a conduit à une main-d'œuvre dépendante de travailleurs plus âgés. La création et l'utilisation de formules conçues pour établir des projections sur les tendances futures de l'offre et de la demande d'infirmières éviteraient ce genre de problème (Peterson, 1999). Toutefois, la création d'une base de données internationale et uniformisée est possible dans la mesure où il y a consensus international sur les définitions du terme *infirmière* et d'autres vocables et concepts pertinents (Carlson, Cowart et Speake, 1992; CII, 1984, 1994; Robert Wood Foundation, 2002; OMS, 2002). À l'heure actuelle, l'ICIS fait des progrès relativement au dépistage de données sur la main-d'œuvre infirmière au Canada. Cette organisation pourrait, dans les années à venir, faire équipe avec des partenaires internationaux en vue d'explorer des indicateurs communs



et de recueillir des données (Aiken, 2001; Buchan, 2000b; Buchan et Seccombe, 2002; Heinrich, 2001; Prescott, 2002). En bout de ligne, une organisation devrait être mise sur pied et vouée à la coordination de la collecte, de la gestion et de la diffusion de données sur la main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé.

La présente étude fournit des preuves quant à la capacité déficiente de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale et révèle que le recrutement à l'étranger n'est pas la solution au problème. Il est évident toutefois que des milieux de travail de qualité supérieure engendrent une offre adéquate d'infirmières et des taux de maintien en fonction élevés. Les recommandations formulées pour transformer la main-d'œuvre infirmière sont nombreuses et jouissent d'une très bonne diffusion. Ce qui manque, c'est un engagement à tous les paliers pour donner suite à ces recommandations.



7. Recommandations

Les recommandations particulières formulées dans ce rapport sont les suivantes.

1. Collaborer à l'échelle nationale et internationale à la planification de la main-d'œuvre infirmière ainsi qu'à la recherche dans ce secteur. La planification de la main-d'œuvre devrait inclure des projections à long, moyen et court termes et des stratégies.
2. Élaborer des plans nationaux et internationaux en vue de reconstituer la main-d'œuvre dans le secteur des soins infirmiers grâce à des campagnes de recrutement, au maintien en fonction des effectifs et à la maximisation du capital humain (p. ex. en s'assurant que les ressources infirmières et auxiliaires sont utilisées de façon pertinente). Il faut s'engager, à tous les paliers, à planifier le changement et à donner suite aux recommandations formulées à cet égard.
3. Amorcer une collaboration internationale entre les gouvernements et créer des bases de données statistiques et internationales dans le but de colliger et de répertorier des données pertinentes, fiables, valides et comparables sur la main-d'œuvre infirmière, qui serviraient de fondement à la communauté internationale et à chacun des pays pour formuler une politique sur les soins de santé.
4. Créer une base de données canadienne aux fins de la planification de la main-d'œuvre dans le secteur des soins de la santé, qui serait intégrée à l'information répertoriée à l'échelle nationale, provinciale et organisationnelle en vue de répondre aux besoins à la grandeur du pays. Cette base de données doit être compatible avec la base de données internationale qu'on propose de créer.



RÉFÉRENCES

- ABC Action News. (2002). *Nursing shortage* [Version électronique]. ABC Action News: News Stories. ABC Action News Online. Consulté le 30 mai 2002 sur le site Web : http://abclocal.go.com/kfsn/news/health_080802_nursing.html
- Abella, M. (1997). *Sending workers abroad: A manual for low- and middle-income countries*. Genève : Organisation internationale du travail.
- Adams, O., et Al-Gasseer, N. (2001). *Strengthening nursing and midwifery: Process and future directions - Summary Document, 1996-2000* [Version électronique]. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 8 janvier 2003 sur le site Web : http://www.who.int/health-services-delivery/nursing/who_eip_osd_2001.5en/who_eip_osd_2001.5en.pdf
- Aiken, L. H. (2001). *The hospital nurse workforce: Problems and prospects* [Version électronique]. Prepared for the Council on the Economic Impact of Health System Change. University of Pennsylvania. Consulté le 6 janvier 2003 sur le site Web : <http://www.sihp.brandeis.edu/council/pubs/hospstruct/council-Dec-14-2001-Aiken-paper.pdf>
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., et Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Amarsi, Y. N. (1998). *Key stakeholders' perceptions of nursing human resource development in Pakistan: A situational analysis*. Thèse de doctorat non publiée, Université McMaster, Hamilton, Canada.
- American Association of Colleges of Nursing. (2002a). *AACN white paper: Hallmarks of the professional nursing practice environment*, janvier 2002 [Version électronique]. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing Publications. Consulté le 6 juin 2002 sur le site Web : www.aacn.nche.edu/Publications/positions/hallmarks.htm
- American Association of Colleges of Nursing. (2002b). *Strategies to reverse the new nursing shortage: A policy statement from tri-council members – The American Association of Colleges of Nursing (AACN), The American Nurses Association (ANA), The American Association of Nurse Executives (AONE), The National League for Nursing (NLN)* [Version électronique]. Washington, DC: American Association of Colleges of Nursing Publications. Consulté le 6 juin 2002 sur le site Web : <http://www.aacn.nche.edu/Publications/positions/tricshortage.htm>
- American Federation of State, County and Municipal Employees of Medicine. (24 septembre 2002). *Comments of the American federation of state, county and municipal employees of medicine: Work environment for nurses and patient safety project* [Version électronique]. American Federation Employees: United Nurses of America. Consulté le 9 janvier 2003 sur le site Web : <http://www.afscme.org/una/una0209.htm>



- American Nurses Association. (2002). *A call to the nation: Nursing's agenda for the future: Nursing profession unveils strategic plan to ensure safe, quality patient care and address root causes of growing shortage – Nursing's agenda for the future calls for broad support from other stakeholders* [Version électronique]. Washington, DC: American Nurses Association. Consulté le 9 janvier 2003 sur le site Web : <<http://nursingworld.org/naf>>
- American Psychiatric Nurses Association. (2002). *FAQ's about psychiatric nursing* [Version électronique]. Arlington, Virginia: American Psychiatric Nurses Association. Consulté le 29 avril 2002 sur le site Web : <<http://www.apna.org/faq/aboutnursing.html>>
- Antonazzo, E., Scott, A., Skatun, D., et Elliott, R. F. (2003). The labour market for nursing: A review of the labour supply literature [Version électronique]. *Health Economics* 12(6), 465-478. Consulté le 3 juillet 2003 sur le site Web : <<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/97516195/PDFSTART>>
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). *Collecte de données pour illustrer l'impact de la pratique infirmière*. Ottawa, Canada : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Planifier pour demain : Prévisions de ressources humaines en soins infirmiers*. Ottawa, Canada : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Association Nationale de la Fédération des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Étudiants (ANFIIDE). (2002). *Gérer la pénurie infirmière* [Version électronique]. Consulté le 20 novembre 2002 sur le site Web : <<http://www.infirmiers.com/anfiide/positions/penurie.php4>>
- Australian Institute of Health and Welfare. (2000). *Media Release: Nursing numbers continue to fall* [Version électronique]. Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare. Consulté le 6 février 2003 sur le site Web : <<http://www.aihw.gov.au/media/2000/mr000901.html>>
- Australian Labour Force Unit. (1999). *Nursing labour force 1998* [Version électronique]. (Rep. No. AIHW, Cat No. HWL 14). Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare. Consulté le 20 août 2002 sur le site Web : <<http://www.aihw.gov.au/publications/health/nlf98/nlf98.pdf>>
- Australian Labour Force Unit. (2000). *Nursing labour force 1999: Preliminary report* [Version électronique]. (Rep. No. AIHW, Cat. No. HWL 18). Canberra, Australia: Australian Institute of Health and Welfare. Consulté le 6 février 2003 sur le site Web : <<http://www.aihw.gov.au/publications/health/nlf99pr/nlf99pr.pdf>>
- Barcelo, T. I. (2002). The internationalization of nursing education and licensing [Version électronique]. *PhilipiNurse: The Filipino Nurses Guide to Global Nursing*. Consulté le 6 mars 2002 sur le site Web : <http://www.philipinurse.com/nurses_education.htm>



Barthes, R. (2002). Recruter des infirmiers espagnols: pourquoi pas? *Information sur les ressources humaines à l'hôpital*, n° 22, 3-8.

Baumann, A., et Blythe, J. (2003). Restructuring, reconsidering, reconstructing: Implications for health human resources. *International Journal of Public Administration*, 26(14), 1563-1581.

Baumann, A., O'Brien-Pallas, L., Armstrong-Stassen, M., Blythe, J., Bourbonnais, R., Cameron, S., et al. (2001). *Engagement et soins : les avantages d'un milieu de travail sain pour le personnel infirmier, leurs patients et le système*. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

BBC News Online. (12 décembre 2001). *Nurse recruitment 'on target'* [Version électronique]. BBC News Online: Health. Consulté le 11 décembre 2002 sur le site Web : <http://news.bbc.co.uk/1/low/health/1705664.stm>

BBC News Online. (1^{er} août 2002). *NI hospitals target foreign nurses* [Version électronique]. BBC News Online: Health. Consulté le 9 décembre 2002 sur le site Web : http://news.bbc.co.uk/1/hi/northern_ireland/2164940.stm

BBC News Online. (21 décembre 2000b). *UK 'fueling global nurse shortage'* [Version électronique]. BBC News Online: Health. Consulté le 9 décembre 2002 sur le site Web : <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/1082120.stm>

BBC News Online. (7 septembre 2000a). *NHS drafts in Chinese nurses* [Version électronique]. BBC News Online: Health. Consulté le 9 décembre 2002 sur le site Web : <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/914736.stm>

Bednash, G. (2000). The decreasing supply of registered nurses: Inevitable future or call to action? [Version électronique]. *JAMA*, 283(22), 2985-2987. Consulté le 6 juin 2002 sur le site Web : <http://jama.ama-assn.org/cgi/reprint/283/22/2985.pdf>

Blanchard, S., et Mandraud, I. (2002). L'été et les 35 heures aggravent la situation des hôpitaux publics. *Le Monde*, 5 juillet, Paris.

Bloor, K., et Maynard, A. (2003). *La planification des ressources humaines dans les soins de santé : vers une démarche économique. Étude comparative internationale* [Version électronique]. University of York. Ottawa, Canada : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Blythe, J., Baumann, A., et Giovannetti, P. (2001). Restructuring in Three Ontario Hospitals. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 33, 61-68.



- Bosseley, S. (13 juin 2001). Acute wards: New burdens on senior nurses are bringing many of them to breaking point [Version électronique]. *Guardian Unlimited: SocietyGuardian.co.uk*. Consulté le 5 juin 2002 sur le site Web : <<http://society.guardian.co.uk/NHSstaff/story/0,7991,505831,00.html>>
- Brewer, C. S. (1997). Through the looking glass: The labour market for registered nurses in the 21st century. *Nursing and Health Care Perspectives*, 18(5), 260-269.
- Browne, A. (19 août 2001). Nurses desert NHS for good life: Growing crisis for our hospitals as 5,500 a year join the brain drain in search of better pay [Version électronique]. *Guardian Unlimited: SocietyGuardian.co.uk*. Consulté le 5 juin 2002 sur le site Web : <<http://society.guardian.co.uk/NHSstaff/comment/0,8005,539642,00.htm>>
- Buchan, J. (1999). The 'greying' of the United Kingdom's nursing workforce: Implications for employment policy and practice [Version électronique]. *Journal of Advanced Nursing*, 30(4), 818-826.
- Buchan, J. (2000a). *Happy landings?* [Version électronique]. Consulté le 4 août 2002 sur le site Web : <<http://www.hsj.co.uk/collections/happy.htm>>
- Buchan, J. (2000b). *Nursing labour markets in Europe: Planning for change*. (Rep. No. EUR/00/5019309/7). Edinburgh, Scotland: Queen Margaret University College.
- Buchan, J. (2001). The way we were... [Version électronique]. *Nursing Standard*, 15(47), 20-21.
- Buchan, J. (2002). *International recruitment of nurses: United Kingdom case study* [Version électronique]. Edinburgh, Scotland: Queen Margaret University College. Consulté le 8 janvier 2003 sur le site Web : <<http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/irn-case-study-booklet.pdf>>
- Buchan, J., et Secombe, I. (2000). *Making up the difference: A review of the UK nursing labour market in 2000* [Version électronique]. Royal College of Nursing Labour Market Review, prepared by the Queen Margaret University College, Edinburgh. London, UK: Royal College of Nursing. Consulté le 12 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.data.rcn.org.uk/pay/lmr2000/labreview.pdf>>
- Buchan, J., et Secombe, I. (2002). *Behind the headlines: A review of the UK nursing labour market in 2001* [Version électronique]. Review prepared by Faculty of Social Science and Health Care. Queen Margaret University College, Edinburgh. London, UK: Royal College of Nurses. Consulté le 19 février 2002 sur le site Web : <<http://www.epolitix.com/data/companies/images/Companies/Royal-College-of-Nursing/edit2.htm>>
- Buchan, J., Parkin, T., et Sochalski, J. (2003). *International nurse mobility: Trends and policy implications* [Version électronique]. (Rep. No. WHO/EIP/OSD/2003.3). Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 16 juillet 2003 sur le site Web : <http://www.icn.ch/Int_Nurse_mobility%20final.pdf>



- Buerhaus, P. I., Staiger, D. O., et Auerbach, D. I. (2000). Implication of an aging registered nurse workforce. *JAMA*, 283(22), 2948-2953.
- Carlson, S., Cowart, M. E., et Speake, D. L. (Automne 1992). Causes of nursing shortage: A critical review of the theoretical and empirical literature. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 224-250.
- Carvel, J. (4 mai 2001). Influx of foreign nurses helps NHS [Version électronique]. *Guardian Unlimited: SocietyGuardian.co.uk*. Consulté le 3 juin 2002 sur le site Web : <http://society.guardian.co.uk/NHSstaff/story/0,7991,485775,00.html>
- Cary, A. (7 août 2002). CBC, health agencies remedying nursing shortage [Version électronique]. *Top mid-Columbia Stories*. Washington: Tri-City Herald. Consulté le 9 décembre 2002 sur le site Web : www.tri-cityherald.com/news/2002/0708/story2.html
- Clinton, M., du Boulay, S., Hazelton, M., et Horner, B. (2001). *Mental health nursing education and health labour force: Literature review* [Version électronique]. National Review of Nursing Education. (ISBN 0 642 777243 6). (ABN: 51 452 193 160). Australian Government, Commonwealth Department of Education, Science and Training. Canberra, Australia: The Commonwealth of Australia. Consulté le 19 novembre 2002 sur le site Web : http://www.dest.gov.au/highered/nursing/pubs/mental_health/2.htm#contents
- Commonwealth Department of Education, Science, Training and Youth Affairs (DETYA). (2001). Chapter 6: The nursing workforce in Australia [Version électronique]. *In National review of nursing education: Discussion paper*. (ABN 51 452 193 160). Canberra, Australia: The Commonwealth of Australia. Consulté le 3 juin 2002 sur le site Web : <http://www.dest.gov.au/highered/nursing/pubs/discussion/chap6.htm#nurse>
- Commonwealth Department of Education, Science, Training and Youth Affairs (DETYA). (2003). National review of nursing education: Exhibit 6 [Version électronique]. *National review of nursing education: Discussion paper*. (ABN 51 452 193 160). Canberra, Australia: The Commonwealth of Australia. Consulté le 3 juin 2002 sur le site Web : <http://www.dest.gov.au/highered/nursing/pubs/discussion/11>
- Conseil international des infirmières. (janvier-mars 2002a). *Conditions d'emploi et de travail, Bulletin du Conseil international des infirmières (Bulletin du SEW, N° 1)*. Genève : Conseil international des infirmières. Consulté le 15 mai 2002 sur le site Web : <http://www.icn.ch/sewjan-mar02.htm>
- Conseil international des infirmières. (1984). *Réglementation des soins infirmiers*. Genève : Conseil international des infirmières.
- Conseil international des infirmières. (1994). *La planification des ressources en personnel infirmier : document de référence*. Genève : Conseil international des infirmières.



- Conseil international des infirmières. (1999). *Prise de position du CII : Comment retenir et éviter la mutation et la migration infirmière* [Version électronique]. Genève : Conseil international des infirmières. Consulté le 18 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.icn.ch/psretention.htm>>
- Conseil international des infirmières. (2000) *Forum d'accréditation du Conseil international des infirmières : Vue d'ensemble (mis à jour et révisé)* [Version électronique]. Genève : Conseil international des infirmières. Consulté le 9 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.icn.ch/forumoverview.pdf>>
- Conseil international des infirmières. (2001a). *Synthèse préparée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers pour le Forum du CCI sur les ressources humaines, Ottawa, Canada* [Version électronique]. Genève : Conseil international des infirmières. Consulté le 9 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.icn.ch/forum2001overview.pdf>>
- Conseil international des infirmières. (2001b). *Statuts du Conseil international des infirmières (Amendés en 2001). III. Affiliation : Article 6: Définition de l'infirmière à effet d'affiliation*. Consulté le 11 juillet 2003 sur le site Web : <http://www.icn.ch/const_membership.htm>
- Conseil international des infirmières. (2002b). *Forum du Conseil international des infirmières sur les ressources humaines : Vue d'ensemble* [Version électronique]. Préparé par l'Association des infirmières et infirmiers d'Islande pour le Forum du Conseil international des infirmières sur les ressources humaines, Reykjavik, Islande. Genève : Conseil international des infirmières. Consulté le 10 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.icn.ch/forum2002overview.pdf>>
- Conseil international des infirmières. (2002c). *Profil de la main-d'œuvre infirmière en Asie, 2002*. Genève : Conseil international des infirmières. Consulté le 10 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.icn.ch/sewDatashet02asia.pdf>>
- Conseil international des infirmières. (2002d). *Profil de la main-d'œuvre infirmière, 2002*. Genève : Conseil international des infirmières. Consulté le 20 décembre 2003 sur le site Web : <<http://www.icn.ch/SewDatashet02.pdf>>
- Conseil international des infirmières. (2003). *Définition des soins infirmiers selon le CII* [Version électronique]. Consulté le 11 juillet 2003 sur le site Web : <<http://www.icn.ch/definition.htm>>
- Conseil international des infirmières. (mai-juillet 2001c) *Ressources humaines : l'offre et la demande sur le marché mondial. Conditions d'emploi et de travail, Bulletin du Conseil international des infirmières (Bulletin du SEW, N° 2)*. Genève : Conseil international des infirmières. Consulté le 14 juillet 2002 sur le site Web: <<http://www.icn.ch/sewmay-july01.htm>>



- Corcoran, R. D. (13 mai 2002). A federal focus on the faculty shortage [Version électronique]. *National League for Nursing Update Newsletter & CEO Letter*, V(10). Consulté le 5 juin 2002 sur le site Web : <<http://www.nln.org/newsletter/newsle110a.htm>>
- Croix-Rouge Française. (2001). La Croix-Rouge Française et la Générale de Santé partenaires pour la formation du personnel infirmier. *Communiqué de presse*, 4 octobre 2000.
- Cutshall, P. (2000). *Comprendre la réglementation professionnelle transfrontalière : Ce que doivent savoir les infirmières et les autres professionnels*. Genève : Conseil international des infirmières.
- Davis, C. R. (Ed.). (2002). *Characteristics of foreign nurse graduates in the United States workforce 2000-2001: A survey by the Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (CGFNS)*. (Rep. No. ISBN 0-9630592-0-3). Philadelphia, PA: Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools.
- De Pape, N. (2002). *La balade européenne des infirmières*. Le soir en ligne, 27 avril.
- Dewdney, J., et Kerse, L. (2000). Special article: Health workforce planning: Developing expertise in Eastern Asia and the Pacific Islands [Version électronique]. *Human Resources for Health Development Journal*, 4(3), 146-157. Consulté le 6 juin 2002 sur le site Web : <<http://www.moph.go.th/ops/hrdj/hrdj11/pdf11/Hwhp43.pdf>>
- Diallo, K., Zum, P., Gupta, N., et Dal Poz, M. (2003). Monitoring and evaluation of human resources for health: An international perspective [Version électronique]. *Human Resources for Health*, 1(3). Consulté le 30 juin 2003 sur le site Web : <<http://www.human-resources-health.com/content/1/1/3>>
- Dobson, R. (2003). WHO to create international human resources database on health care [Version électronique]. *British Medical Journal*, 326(7397), 1004. Consulté le 26 mai 2003 sur le site Web : <<http://bmj.com/cgi/content/full/326/7397/1004/a>>
- Esser, D. A. (2002). A summary of item 130 of the 2002-2004 Appropriation Act: A study of the funding needed and sources of funding to train nurses in Virginia [Version électronique]. Virginia Employment Commission. Consulté le 9 janvier 2003 sur le site Web : <<http://legis.state.va.us/jchc/1008vec.pdf>>
- Finlayson, B., Dixon, J., Meadows, S., et Blair, G. (2002). Education and debate: Mind the gap: The extent of the NHS nursing shortage. *British Medical Journal*, 325, 538-541.
- Foote, D. K. (1996). *Boom, bust, and echo: How to profit from the coming demographic shift*. Toronto, Canada: MacFarland, Walter & Ross.
- Guevara, E. B. et Mendias, E. P. (2002). A comparative analysis of the changes in nursing practice related to health sector reform in five countries of the Americas. *Pan America Journal of Public Health*, 12(5), 347-353.



- Harte, C. (11 décembre 2000). Nursing exodus 'hits target hopes' [Version électronique]. Guardian Unlimited: *SocietyGuardian.co.uk*. Consulté le 5 juin 2002 sur le site Web : <<http://society.guardian.co.uk/health/news/0,8363,409782,00.html>>
- Heinrich, J. (2001). *Nursing workforce: Multiple factors create nurse recruitment and retention problems* [Version électronique]. (Rep. No. GAO-01-912T). United States General Accounting Office [USGAO]: Testimony before the Subcommittee on Oversight of Government Management, Restructuring and the District of Columbia, Committee on Governmental Affairs, U.S. Senate. Washington, DC: USGAO. Consulté le 19 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.gao.gov/new.items/do1912t.pdf>>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2002). *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2001*. (ISBN 1-55392-026-0). Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé.
- Irwin, J. (2001). Cross border healthcare: Migration patterns of nurses in the EU: The international mobility of nurses has become a contentious issue in the context of a growing and critical global shortage of nurses [Version électronique]. *Eurohealth*, 7(4), 13-15. Consulté le 8 janvier 2003 sur le site Web : <http://www.lse.ac.uk/Depts/lsehsc/papers/Eurohealth/Autumn2001_issue.pdf>
- James, M. S. (18 mai 2001). Who'll care for us? Experts see shortage of nurses worsening [Version électronique]. *ABCnews.com: Health*. Consulté le 30 mai 2002 sur le site Web : <http://abcnews.go.com/sections/living/DailyNews/nursing_shortage010518.html>
- Jenkins-Clarke, S., et Carr-Hill, R. (2001). Changes, challenges and choices for the primary healthcare workforce: Looking to the future. Health and Nursing Policy Issues. *Journal of Advanced Nursing*, 34(6), 842-849.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2002). *Healthcare at the crossroads: Strategies for addressing the evolving nursing crisis* [Version électronique]. Washington, DC: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Consulté le 6 janvier 2003 sur le site Web : <<http://www.jcaho.org/about+us/public+policy+initiatives/health+care+at+the+crossroads.pdf>>
- Kearsey, K. (Novembre-Décembre 2002). The Saudi nursing experience. *Registered Nurse Journal*, 14(6), 19.
- Kruger, D. (Novembre 2002). End of the NHS? [Version électronique]. *Prospect*. Consulté le 19 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.cps.org.uk/prospect.pdf>>
- Leclercq, A., & Leroy, X. (1998). *Offre et demande de travail infirmier et soignant en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique : projections jusqu'en 2000 et scénarios jusqu'en 2010*. Bruxelles: SESA. Consulté le 20 novembre 2002 sur le site Web : <www.ulb.ac.be/project/tef/Leclercq199.html>



- Lewis, S. J. (2002). Retaining nurses in the NHS: Extent of shortage will be known only when nurse spend all their time nursing [Version électronique]. (Lettres). *British Medical Journal*, 32(7376), 1362.
- Malone, B. L. et Marullo, G. (1997). *Workforce trends among U.S. registered nurses* [Version électronique]. Prepared by the American Nurses for the International Council of Nurses ICN workforce forum, Stockholm, Sweden. American Nurses Association Policy Series. Consulté le 12 juin 2001 sur le site Web : <<http://www.nursingworld.org/readroom/usworker.htm>>
- Meltz, N. (1988). *Sorry no care available due to nursing shortages*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario.
- Milburn, A. (24 avril 2002). *Speech by Rt Hon Alan Milburn, MP, Secretary of State to the Royal College of Nursing Congress*. United Kingdom: Department of Health. Consulté le 14 janvier 2003 sur le site Web : <<http://www.doh.gov.uk/speeches/apr2002milburnrcn.htm>>
- Nevidjon, B. et Erikson, J. I. (2001). The nursing shortage: Solutions for the short and long term. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(1), Manuscript 4. Consulté le 30 mai 2002 sur le site Web : <http://www.nursingworld.org/ojin/topic14/tpc14_4.htm>
- Norrish, B. R. et Rundall, T. G. (2001). Hospital restructuring and the work of registered nurses. *Milbank Quarterly*, 79(1), 55-79.
- Nursing Abroad : General Information. (2002). *Nursing in developed countries*. Nursing Abroad : Nurse Registration in Australia. NursingAbroad.net. Consulté le 19 décembre 2003 sur le site Web : <http://www.nursingabroad.net/general_information/work_in_Australia.html>
- Nursing and Midwifery Council. (Novembre 2002). *Statistical analysis of the registrar: 1 April 2001 to 31 March 2002*. United Kingdom: The Nursing and Midwifery Council. Consulté le 20 décembre 2003 sur le site Web : <<http://www.nmc-uk.org/nmc/main/about/nmcStatistics.html>>
- Nursing and Midwifery Staffs Negotiating Council. (2002). *Staff side evidence to the review body for nursing staff, midwives and health visitors* [Version électronique]. London, UK: Nursing and Midwifery Staffs Negotiating Council. Consulté le 12 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.rcn.org/pdf/brol.pdf>>
- O'Brien-Pallas, L., Alksnis, C., et Wong, S. (2003). *Envisager l'avenir*. Ottawa, Canada : Institut canadien d'information sur la santé.
- Orenbuch, J. (1974). La situation du personnel soignant en Belgique. *Revue de l'Institut de Sociologie*, 2, 343-352.



- Organisation de coopération et de développement économiques. (2002) *International mobility of the highly skilled*. Paris, France: Organisation de coopération et de développement économiques.
- Organisation internationale du travail. (2003). *Les indicateurs clés du marché du travail* [Version électronique]. Genève : Organisation internationale du travail. Consulté le 2 juillet 2003 sur le site Web : <<http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/indicats.htm>>
- Organisation mondiale de la Santé. (2002). *WHO consultation on imbalances in the health workforce: Background*, 10-12 mars, Ottawa, Canada. Organisation mondiale de la Santé, Département OMS Prestation des services de santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 9 janvier 2003 sur le site Web : <www.who.int/health-services-delivery/imbalance>
- Peterson, C. (1999). Nursing supply and demand: Is the nursing profession facing a famine? *American Journal of Nursing*, 99, 57-59.
- Prescott, P. (2002). The enigmatic nursing workforce. *Journal of Nursing Administration*, 30(2), 59-65.
- Psychiatric Nursing in Canada. (1998). *Educational opportunities and educational institutions* [Version électronique]. Psychiatric Nursing in Canada. Consulté le 3 avril 2002 sur le site Web : <<http://members.tripod.com/~psychnursing/education.html>>
- Queensland Nurses' Union. (7 septembre 2001). *Federal election 2001 - Defending wages and conditions* [Version électronique]. Queensland Nurses' Union in association with the Australian Nurses Federation (Qld Branch). Australia: Queensland Nurses' Union. Consulté le 3 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.qnu.org.au/wagesfeature.htm>>
- Reuters. (13 juin 2000). Nurse shortage: More nurses needed as population ages [Version électronique]. *abcNEWS.com: Health*. Consulté le 30 mai 2002 sur le site Web : <<http://abcnews.go.com/sections/living/DailyNews/Nurses000613.html>>
- Rhéaume, A. (2003). *Review and synthesis of nursing manpower issues within Francophone regions*. Manuscrit non publié, Unité de recherche sur l'utilisation efficace des soins infirmiers, Université McMaster, Hamilton, Canada.
- Robert Wood Foundation. (2002). *The American nursing shortage: Strategies and recommendations for action* [Version électronique]. (Special Report). The Robert Wood Foundation. Consulté le 9 décembre 2002 sur le site Web : <<http://www.rwjf.org/newsEvents/nursingStrategies.jhtml>>
- Romig, C. (2001). The nursing shortage demands action now - state and federal legislation passed. *Health Policy Issues. AORN Journal*, 74(5), 733-738.
- Rothchild, M., et Bowman, N. (2001). *Recruitment of foreign nurse graduates* [Version électronique]. Consulté le 13 janvier 2003 sur le site Web : <<http://www.ucihs.uci.edu/cspsn/FNGMn.pdf>>



- Royal College of Nursing. (2002). *Working well: Internationally recruited nurses: Good practice guidelines for healthcare employers and RCN negotiators* [Version électronique]. United Kingdom: Royal College of Nurses. Consulté le 8 janvier 2003 sur le site Web : <<http://www.rcn.org.uk/publications/pdf/irn-insides-001-788.pdf>>
- Royston, E., Mejia, A. et Pizurki, H. (1997). *Physician and nurse migration: Analysis and policy implications - Report of a WHO study*. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- Scanlon, W. J. (2001). *Nursing workforce: Recruitment and retention of nurses and nurse aides is a growing concern* [Version électronique]. (Rep. No. GAO-01-750T). United States General Accounting Office. Testimony before the Committee on Health, Education, Labor and Pensions, U.S. Senate. Washington, DC: USGAO. Consulté le 7 janvier 2003 sur le site Web : <<http://www.gao.gov/new.items/d01750t.pdf>>
- Sigma Theta Tau International (Juillet 2001). *Facts about the nursing shortage* [Version électronique]. Nurses for a Healthier Tomorrow Resource Info. Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International. Consulté le 9 décembre 2002 sur le site Web : <http://www.nursesource.org/facts_shortage.html>
- Sigma Theta Tau International. (2002, Second trimestre). Enrollments rise at U.S. nursing schools. *Reflections on Nursing Leadership: Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International*, 28(2), 17.
- Southern African Migration Project. (Décembre 2002). *Southern African Migration Project Newsletter*, 9(12). Consulté en janvier 2003 sur le site Web : <<http://www.queensu.ca/samp/news/2002/dec.htm>>
- Standards of Psychiatric Nurses of British Columbia. (1995). *Standards of psychiatric nurses of British Columbia* [Version électronique]. Coquitlam, BC: College of Registered Psychiatric Nurses of British Columbia. Consulté le 8 mai 2002 sur le site Web : <<http://www.crpnb.bc.ca/>>
- Toupin, G. (2002). La Suisse maraude les infirmières Québécoises. *La Presse*, 21 juillet.
- United States Department of Health and Human Services. (2002). *Projected supply, demand, and shortages of registered nurses: 2000-2020* [Version électronique]. United States Department of Health and Human Services (USDHHS), Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions, National Center for Health Workforce Analysis. Washington, DC: USDHHS. Consulté le 9 décembre 2002 sur le site Web : <<ftp://ftp.hrsa/bhpr/nationalcenter/rnproject.pdf>>



- United States General Accounting Office. (2001). *Nursing workforce: Emerging nurse shortages due to multiple factors* [Version électronique]. (Rep. No. GAO-01-944). United States General Accounting Office. Report to the Chairman, Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, House of Representatives. Washington, DC: USGAO. Consulté le 19 décembre 2002 sur le site Web : <<http://frwebgate.access.gpo.gov/cgi-bin/useftp.cgi?IPaddress=162.140.64.21&filename=d01944.pdf&directory=/diskb/wais/data/gao>>
- Valiga, T. M. (11 avril 2002). *The nursing faculty shortage: National League for Nursing perspective* [Version électronique]. Presentation to the National Advisory Council on Nurse Education and Practice. New York: National League for Nursing. Consulté le 5 juin 2002 sur le site Web : <<http://www.nln.org/slides/speech.htm>>
- Victoria Auditor-General's Office. (2002). *Nurse work force planning: Part 1 – Executive summary, background*. Australia: Victoria Auditor-General's Office. Consulté le 19 décembre 2002 sur le site Web : <http://www.audit.vic.gov.au/reports_par/agp7801.html>
- Ward, M. (11 avril 2001). *Tackling the shortage of nurses in the NHS: Improved pay must be accompanied by better training and promotion opportunities* [Version électronique]. Consulté le 7 janvier 2003 sur le site Web : <<http://www.dur.ac.uk/economics.finance/PRESS/linked/Ward3.html>>
- Weyermann, U. (2000). Le problème est complexe, mais les solutions existent. *Krankenpflege-Soins Infirmiers*, 7, 65-67.



Annexe A. Méthodes utilisées pour la recherche principale

Termes et expressions clés

Note :

Nous nous sommes servi de tous les termes et expressions clés pour trouver de l'information sur chacune des trois professions réglementées, à savoir les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. Comme la recherche en fonction de termes généraux nous a conduit à des titres professionnels différents, nous les avons ensuite utilisés dans nos interrogations. La liste suivante n'est pas exhaustive.

Les termes sont donnés en anglais parce que la recherche a été faite dans cette langue.

Termes en anglais	Traduction des termes
Asian nursing labour market and nursing workforce	Marché du travail pour les infirmières et main-d'œuvre infirmière en Asie
Caribbean nursing labour market and nursing workforce	Marché du travail pour les infirmières et main-d'œuvre infirmière dans les Caraïbes
Definition of nurse	Définition des soins infirmiers
European Union nursing labour market and nursing workforce	Marché du travail pour les infirmières et main-d'œuvre infirmière dans l'Union européenne
Foreign nurses	Infirmières étrangères
Ghana nursing labour market and nursing workforce	Marché du travail pour les infirmières et main-d'œuvre infirmière au Ghana
Globalization of nurse labour market	Mondialisation de la main-d'œuvre infirmière
Guest workers	Travailleurs invités
Health care restructuring	Restructuration des soins de la santé
International	International
International labour market	Main-d'œuvre internationale
International nursing labour market	Main-d'œuvre infirmière internationale
International nursing labour market trends	Tendances internationales en matière de main-d'œuvre infirmière
International nursing standards	Normes internationales en matière de soins infirmiers
International trends in health care	Tendances internationales en matière de soins de santé



Termes en anglais	Traduction des termes
Labour market	Marché du travail
Labour market analysis	Analyse du marché du travail
Labour sectors	Secteurs de l'emploi
Licensed/registered practical nurse(s)	Infirmière(s) auxiliaire(s) autorisée(s)
Middle East nursing labour market and nursing workforce	Marché du travail pour les infirmières et main-d'œuvre infirmière au Moyen-Orient
Nurse attrition	Départs naturels des infirmières
Nurse job dissatisfaction	Insatisfaction professionnelle des infirmières
Nurse licensing	Délivrance de permis d'exercice aux infirmières
Nurse recruitment	Recrutement des infirmières
Nurse retention	Maintien en fonction des infirmières
Nurse turnover	Renouvellement de la main-d'œuvre infirmière
Nurses and quality of work life	Infirmières et qualité de vie professionnelle
Nursing early retirement	Retraite anticipée des infirmières
Nursing employment	Postes d'infirmière
Nursing labour market	Main-d'œuvre infirmière
Nursing labour trends	Tendances en matière de main-d'œuvre infirmière
Nursing labour workforce analysis	Analyse de la main-d'œuvre infirmière
Nursing manpower	Ressources infirmières
Nursing manpower planning	Planification des ressources infirmières
Nursing registration	Immatriculation des infirmières
Nursing shortages	Pénuries d'infirmières
Nursing standards	Normes en matière de soins infirmiers
Nursing surpluses	Surplus d'infirmières
Nursing workforce	Personnel infirmier
Patterns in nursing employment	Tendances en matière de placement d'infirmières
Patterns of nursing employment	Tendances concernant le placement d'infirmières



Termes en anglais	Traduction des termes
Philippine nursing labour market and nursing workforce	Marché du travail pour les infirmières et main-d'œuvre infirmière dans les Philippines
Registered nurse(s)	Infirmière(s) autorisée(s)
Registered psychiatric nurse(s)	Infirmière(s) psychiatrique(s) autorisée(s)
Role definitions	Définitions des rôles
Scope of practice	Champ de pratique
South Africa nursing labour market and nursing workforce	Marché du travail pour les infirmières et main-d'œuvre infirmière en Afrique du Sud
Supply and demand in the international nursing labour market, nursing labour market, nursing workforce	Offre et demande de main-d'œuvre infirmière à l'échelle internationale, marché du travail pour les infirmières, ressources infirmières
Trends of foreign nurses	Tendances concernant les infirmières étrangères
United Kingdom nursing labour market and nursing workforce	Marché du travail pour les infirmières et main-d'œuvre infirmière au Royaume-Uni
United States nursing labour market and nursing workforce	Marché du travail pour les infirmières et main-d'œuvre infirmière aux États-Unis
Work environment and nursing	Milieu de travail et soins infirmiers
Working conditions	Conditions de travail



Sources

Bases de données	Bases de données électroniques Bibliothèque des sciences de la santé Bibliothèque Mills à l'Université McMaster
Littérature publiée	CINAHL HealthSTAR/Ovid Journals@ OVID MEDLINE
Documentation parallèle	Logiciel Copernic Pro 2001 (Outil de recherche) Migration Dialogue < http://migration.ucdavis.edu/ > Migration News < http://migration.ucdavis.edu/ > Migrant News (bulletin de nouvelles) < http://migration.ucdavis.edu/mn/ >
<i>Royaume-Uni</i>	BBC News online < http://news.bbc.co.uk/ > NHS Education for Scotland < http://www.nes.scot.nhs.uk/nursing/ > Nursing and Midwifery Council < http://www.nmc-uk.org/cms/content/home/ > The Government of the United Kingdom < www.ukonlinegov.uk/ > The Guardian Online (UK Journal) < http://society.guardian.co.uk/NHSstaff/ > The Royal College of Nursing < www.rcn.org.uk/ > The United Kingdom Home Office < www.ind.homeoffice.gov.uk/news/ > United Kingdom Immigration and Nationality Directorate < www.ind.homeoffice.gov.uk/ > United Kingdom, Department of Health < www.doh.gov.uk/ > United Kingdom, National Health System < www.hsdirect.nhs.uk/ >
<i>Australie</i>	Australian Government Department of Education, Science, and Training < http://www.dest.gov.au/highered/programmes/nursing/ > Australian Government Information < www.fed.gov.au/KSP/ > Australian Institute of Health and Welfare < http://www.aihw.gov.au/media/2000/mr000901.html > Australian Bureau of Statistics < www.abs.gov.au/ >
<i>États-Unis</i>	Agency for Healthcare Research and Quality < http://www.ahrq.gov/news/press/pr2002/dilinkpr.htm > American Association of Colleges of Nurses < http://www.aacn.nche.edu/ >



American Association of Colleges of Nursing
 <<http://www.aacn.nche.edu/education/Resindex.htm>>
 Journal of the American Medical Association <<http://jama.ama-assn.org/>>
 National League for Nursing
 <<http://www.nln.org/newsletter/newsle110a.htm>>
 US Census Bureau <www.census.gov/>
 US Department of Health and Human Services <<http://www.hhs.gov/>>
 US Department of Health and Human Services, Bureau of Health
 Professionals <<http://www.bhpr.hrsa.gov/nursing>>
 US Department of Labour, Bureau of Labour Statistics
 <<http://www.bls.gov/opub/>>
 US General Accounting Office <www.senate.gov/ndpc/cvs/>
 US General Accounting Office. Nursing Workforce
 <<http://www.gao.gov/new.items/d01912t.pdf>>
 US General Accounting Office: Nursing Workforce
 <<http://www.gao.gov/new.items/>>
 US Nursing Associations
 <http://www.nurse.ca/Organizations/United_States/>
 US Nursing Workforce Analysis
 <<http://www.bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnproject/>>
 US Projected Supply, Demand, and Shortages of Registered Nurses:
 2000-2020 <[ftp://ftp.hrsa.gov/bhpr/nationalcenter/rnproject.pdf](http://ftp.hrsa.gov/bhpr/nationalcenter/rnproject.pdf)>
 USA ABC News online <<http://abcnews.go.com/>>

Ghana Ghana Home Page <www.ghanaweb.com>

**Organisations
 et centres
 internationaux**

Bibliothèque en ligne des centres de recherche internationaux
 <www.ercomer.org/wwwl/centers.html>
 Organisation internationale du travail (OIT) <<http://www.ilo.org/>>
 Organisation internationale du travail, Indicateurs clés du marché du travail
 <<http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/overview.htm>>
 Lien vers les données statistiques de l'Organisation internationale du travail
 <<http://130.15.161.74/webdoc/web/labour.htm>>
 Organisation mondiale de la Santé (OMS) <<http://www.who.int/en/>>
 Organisation panaméricaine de la santé (OPS) <<http://www.paho.org/>>
 Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)
 <<http://www.oecd.org/EN/home/0,,EN-home-0-nodirectorate-no-no-no-0,FF.html>>
 Southern Africa Migration Project (SAMP) <<http://www.queensu.ca/samp/>>
 Southern Africa Migration Project Newsletter
 <<http://www.queensu.ca/samp/news/>>



- Soins infirmiers*
- NursingLinks - page d'accueil des organisations internationales
<<http://www.nursingworld.org/rnindex/intl.htm>>
 - Organisations internationales d'infirmières et d'infirmiers
<http://www.nurse.ca/Organizations/_International/>
 - Associations internationales d'infirmières et d'infirmiers
<www.nursingworld.org/rnindex/intl.htm>
 - Liens vers les sites Web internationaux relatifs aux soins infirmiers (tous les groupes d'infirmières et d'infirmiers) <<http://www.allnurses.com/>>
 - Sigma Theta Tau International, Renseignements sur la pénurie de personnel infirmier <http://www.nursesource.org/facts_shortage.html>
 - Northern Nurses Association
<<http://www.nur.utexas.edu/0305/jkang/JKweb/Nurse/North.pdf>>
 - National Nursing Associations (NNA)
<<http://www.nursefriendly.com/nursing/natlink.htm>>
 - Standing Committee of Nurses in the European Union
<http://www.cpme.be/adopted/CPME_AD_Pre_240202_10_EN.pdf
link to www.pcn.yucom.be>
 - Conseil international des infirmières, Forum sur la main-d'œuvre
<www.icn.ch/forum2001overview.pdf>
 - Conseil international des infirmières, Forum sur la main-d'œuvre
<<http://icn.ch/forum2002overview.pdf>>
 - Conseil international des infirmières <www.icn.ch/>
 - Conseil international des infirmières, Forum sur l'accréditation
<<http://www.icn.ch/forumoverview.pdf>>
 - Conseil international des infirmières, Main-d'œuvre infirmière en Asie
<<http://www.icn.ch/SewDatashet02Asia.pdf>>
 - Conseil international des infirmières, Prise de position : Le recrutement déontologique des infirmières <<http://www.icn.ch/psrecruit01.htm>>
- Général*
- Revue spécialisée en ligne sur les questions concernant les soins infirmiers
<www.nursingworld.org/ojin/>
 - Service Employees International Union
<<http://www.seiu.org/health/nurses/resources2/research.cfm#jama1002>>



Annexe B. Indicateurs clés du marché du travail

Selon l'Organisation internationale du travail, les indicateurs clés du marché du travail sont les suivants

Chômage
Coût de rémunération horaire
Emploi à long terme
Emploi dans le secteur non structuré
Emploi des jeunes
Emploi en fonction du niveau de scolarité
Emploi par secteur
Heures de travail
Indices des salaires selon les catégories professionnelles
Mouvement sur le marché du travail
Niveau de scolarité et analphabétisme
Participation à la population active
Pauvreté et répartition du revenu
Productivité du travail et coût unitaire de la main-d'œuvre
Ratio emploi-population
Situation sur le plan de l'emploi
Sous-emploi dans le temps
Taux d'inactivité
Tendances des salaires afférents à la production
Travailleurs à temps partiel



Annexe C. Acronymes

AACN	American Association of Colleges of Nursing
AFSCMEM	American Federation of State, County, and Municipal Employees of Medicine
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AIIC	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ALENA	Accord de libre-échange nord-américain
ANA	American Nurses Association
ANFIIDE	Association Nationale des Infirmières et Infirmiers Diplômés et Étudiants
APEC	Coopération économique Asie-Pacifique
CGFNS	Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools (É.-U.)
CII	Conseil international des infirmières
DEST	Commonwealth Department of Education, Science and Training (Australie)
DETYA	Commonwealth Department of Education, Training and Youth Affairs (Australie)
IA	Infirmière autorisée
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IPA	Infirmière psychiatrique autorisée
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (É.-U.)
NHS	National Health Service (R.-U.)
NMC	Nursing and Midwifery Council (R.-U.)
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RCN	Royal College of Nursing (R.-U.)
SAMP	Southern African Migration Project
UE	Union européenne
USDHHS	United States Department of Health and Human Services
USGAO	United States General Accounting Office



L'équipe de recherche

La Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers a retenu les services de l'Unité de recherche sur l'efficacité, l'utilisation et les résultats en science infirmière (URSI) pour entreprendre la recherche et rédiger les rapports qui s'ensuivent dans le cadre du projet Construire l'avenir. L'URSI est un réseau de chercheurs établi dans plusieurs provinces. Les co-chercheuses principales de l'Unité sont :

Linda O'Brien-Pallas, IA, PhD
Co-chercheuse principale, URSI
Université de Toronto

Andrea Baumann, IA, PhD
Co-chercheuse principale, URSI
Université McMaster

Les chercheurs de l'URSI ont acquis collectivement une réputation pour le haut calibre de leurs travaux sur une variété de sujets entourant les soins infirmiers et les ressources humaines en santé. Tant au pays qu'à l'étranger, l'équipe a établi des liens nombreux avec des intervenants dans les secteurs de l'éducation, de la gestion, de la recherche, de la pratique et de l'élaboration des politiques.

BIOGRAPHIES DES AUTEURES

Andrea Baumann, IA, PhD

Co-chercheuse principale, URSI, Université McMaster

Le D^r Baumann a rédigé ou édité plusieurs ouvrages et chapitres de livre et compte de nombreuses publications approuvées par des collègues qui traitent du processus décisionnel et des soins infirmiers. Ses travaux les plus récents portent sur l'investissement dans le capital humain. Elle est rédactrice en chef du *Journal of Advanced Nursing for the Americas*. Le D^r Baumann jouit d'une réputation internationale dans le domaine du renforcement des capacités liées aux services éducatifs en santé. Elle est membre de plusieurs comités d'examen de la recherche provinciaux et nationaux, et a fait partie du conseil d'administration par intérim des Instituts de recherche en santé du Canada.

Jennifer Blythe, MBSI, PhD

Principale scientifique, URSI, Université McMaster

Professeure adjointe, École de sciences infirmières, Université McMaster

Le D^r Blythe a fait des études universitaires en anthropologie, en bibliothéconomie et en science de l'information, ainsi qu'en langue et littérature anglaises. Elle est l'auteure de chapitres de livre, d'articles dans des revues spécialisées et de rapports sur les ressources humaines, les femmes et le travail, l'informatique infirmière et le changement social dans les collectivités des régions nordique et du Pacifique. Ses travaux actuels portent notamment sur l'innovation et le changement dans les ressources humaines en santé et la migration de la main-d'œuvre infirmière. Elle participe depuis peu aux travaux de la commission de formation de Hamilton-Wentworth.

Camille Kolotylo, IA, PhD

Agrégée de recherche, URSI, Université McMaster

Le D^r Kolotylo s'est intéressée entre autres à la douleur chronique chez les femmes souffrant de migraines dans le cadre de travaux antérieurs. Ses projets de recherche actuels s'articulent notamment sur les ressources humaines dans le secteur des soins infirmiers. Le D^r Kolotylo est co-auteure d'un chapitre de livre et de plusieurs publications approuvées par des collègues dans les domaines de la douleur et des soins infirmiers.



Jane Underwood, IA, MBA

**Professeure clinicienne, École de sciences infirmières,
Université McMaster**

Les travaux de recherche de la professeure Underwood traitent entre autres de la qualité du milieu de travail pour les infirmières et infirmiers, des rôles et compétences des professionnels en santé communautaire, et de l'utilisation d'éléments d'information fondés sur les résultats par les intervenants dans les secteurs de la santé publique et communautaire. Elle joue un rôle actif au sein de nombreux comités comme le Comité de recherche, d'éducation et de développement en santé publique de l'Ontario (PHRED) et le Groupe sur l'évaluation des programmes obligatoires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO). Elle collabore par ailleurs à des initiatives provinciales telles l'élaboration du programme Bébés en santé, enfants en santé. La professeure Underwood a publié des articles dans les domaines des services infirmiers de santé publique et de la promotion de la santé, et assume présentement les fonctions d'examinatrice pour le *Canadian Journal of Public Health*.

