



ARCHIVED - Archiving Content

Archived Content

Information identified as archived is provided for reference, research or recordkeeping purposes. It is not subject to the Government of Canada Web Standards and has not been altered or updated since it was archived. Please contact us to request a format other than those available.

ARCHIVÉE - Contenu archivé

Contenu archivé

L'information dont il est indiqué qu'elle est archivée est fournie à des fins de référence, de recherche ou de tenue de documents. Elle n'est pas assujettie aux normes Web du gouvernement du Canada et elle n'a pas été modifiée ou mise à jour depuis son archivage. Pour obtenir cette information dans un autre format, veuillez communiquer avec nous.

This document is archival in nature and is intended for those who wish to consult archival documents made available from the collection of Public Safety Canada.

Some of these documents are available in only one official language. Translation, to be provided by Public Safety Canada, is available upon request.

Le présent document a une valeur archivistique et fait partie des documents d'archives rendus disponibles par Sécurité publique Canada à ceux qui souhaitent consulter ces documents issus de sa collection.

Certains de ces documents ne sont disponibles que dans une langue officielle. Sécurité publique Canada fournira une traduction sur demande.



Recherche sur les politiques de *santé*

Bulletin

Conditions de travail des infirmières et infirmiers : Comment relever le défi?

Parce qu'il constitue le plus imposant groupe de fournisseurs de soins de santé, le personnel infirmier professionnel joue un rôle fondamental dans la gestion et la prestation des services de santé. Depuis une dizaine d'années toutefois, les rapports font état d'une inquiétante pénurie d'infirmières et infirmiers, tout en confirmant les effets néfastes de conditions de travail difficiles sur la santé du personnel infirmier. Ces conditions minent l'aptitude du système de soins de santé à recruter et à maintenir en poste son effectif infirmier, sans compter qu'elles affectent la qualité des soins dispensés aux patients.

Ce numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* présente diverses études axées sur les conditions de travail des infirmières et infirmiers du Canada. Il analyse leurs effets sur l'ensemble du système de soins de santé et cherche, en particulier, à :

- faire le point sur la situation actuelle de l'effectif infirmier et sur les grandes tendances du domaine et souligner les distinctions entre les trois professions infirmières réglementées;
- examiner les conditions de travail des infirmières et infirmiers à la lumière des récents changements apportés au système de soins de santé, expliquer en quoi les pressions croissantes qui s'exercent sur les infirmières et infirmiers affectent leur santé et présenter les plus récents résultats d'une enquête de Statistique Canada;
- examiner la pénurie de personnel infirmier sous l'angle de la théorie de l'offre et de la demande en faisant appel aux nouveaux modèles pour prédire quels domaines de spécialisation seront les plus touchés;
- discuter de la sécurité des patients et rendre compte d'études qui confirment les liens entre les conditions de travail et la qualité des soins aux patients en portant principalement le regard sur les conditions qui affectent la communication entre le personnel infirmier et les autres travailleurs de première ligne;
- présenter les nouvelles études commandées par Santé Canada qui décrivent les difficultés qu'il y a à convertir les fruits de la recherche en mesures concrètes servant à améliorer les conditions de travail des professionnels de la santé.

Par ailleurs, le Bulletin souligne la nécessité d'une planification multiniveau axée sur la collaboration et discute des investissements engagés aux termes de la *Stratégie de planification pancanadienne des ressources humaines en santé*. Même s'il est trop tôt pour saisir l'impact global de ces investissements, les auteurs laissent entrevoir une pointe de progrès.

Dans ce numéro

Entrevue : Une question stratégique fondamentale

3

Profil de l'effectif infirmier

7

De quoi s'inquiéter

13

Travail et état de santé du personnel infirmier : Du nouveau

17

Pénuries : Où et pourquoi?

21

Une question de sécurité des patients

26

Recherche sur l'utilisation de la connaissance

30

La force de la collaboration

36

Qui fait quoi?

40

Le saviez-vous?

42

Nouvelles notables

Les liens électroniques suivants donnent accès à divers rapports pertinents sur le Web.

Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (décembre 2006)—fournit de l'information sur la santé et les conditions de travail du personnel infirmier canadien et les effets de ces facteurs sur les soins aux patients <<http://www.statcan.ca/francais/freepub/83-003-XIF/83-003-XIF2006001.pdf>>

The New Healthcare Worker: Implications of Changing Employment Patterns in Rural and Community Hospitals (octobre 2006)—examine l'évolution des habitudes de travail dans les régions rurales de l'Ontario <<http://www.nhsru.com/documents/Series%206%20The%20New%20Healthcare%20Worker-Rural.pdf>>

Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers réglementés au Canada, 2005 (octobre 2006)—trois rapports qui fournissent des données sur le nombre d'infirmières et infirmiers réglementés au Canada et sur leur répartition par province et par territoire <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispage.jsp?cw_page=AR_1173_F>

Allier dotation et sécurité : Synthèse des données probantes sur la dotation en personnel infirmier et sur la sécurité des patients (septembre 2006)—synthèse des connaissances acquises sur les liens entre la dotation du personnel infirmier et la sécurité des patients <http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/staffing_for_safety_policy_synth_f.pdf>

Le travail en équipe dans les services de santé : Promouvoir un travail en équipe efficace dans les services de santé au Canada (juin 2006)—examine les caractéristiques des équipes efficaces et des interventions pertinentes qui permettent d'établir et de maintenir des équipes de travail à l'échelle des services de santé, ainsi que les obstacles qui se posent <http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/teamwork-synthesis-report_f.pdf>

Les maux qui affligent nos infirmières : Examen des principaux facteurs qui portent une incidence sur les ressources humaines infirmières au Canada (mars 2006)—analyse six importants documents de recherche axés sur les problèmes de ressources humaines infirmières au Canada <http://www.chsrf.ca/research_themes/pdf/What_sailingournurses-f.pdf>

Main-d'œuvre satisfaite, main-d'œuvre fidèle : Les effets du travail et de l'environnement de travail sur la satisfaction professionnelle, l'épuisement professionnel, la santé physique et le maintien du personnel des foyers pour aînés (décembre 2005)—cherche à déterminer les effets des particularités des soins à domicile sur le personnel soignant <http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/zeytinoglu_f.php>

Parcours pour devenir infirmière/infirmier au Canada : Évaluation des candidatures d'infirmières/infirmiers internationaux (Rapport final) (mai 2005)—fournit des données sur la mobilité internationale du personnel infirmier, les évaluations de compétences, les défis et l'intégration à la population active canadienne <http://cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/IEN_Technical_Report_f.pdf>

Profil du Bulletin de recherche sur les politiques de santé

Publié deux ou trois fois par année, le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* vise à enrichir la base de données probantes pertinentes dans l'optique de favoriser les prises de décisions axées sur les politiques de santé. Quoique le *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* présente des études issues de tous les secteurs de Santé Canada et de ses partenaires du Portefeuille, la revue est conçue et produite au sein de Santé Canada par la Division de développement des données et de diffusion de la recherche (DDDR), Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé. Il revient à un comité directeur constitué de représentants de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada de choisir les thématiques de recherche sur les politiques abordées dans chaque numéro et de revoir tous les textes. Ce comité est appuyé dans sa tâche par le Secrétariat du Bulletin de la DDDR qui coordonne tous les aspects du Bulletin, soit l'élaboration, la production, la publication et la dissémination des numéros.

La DDDR tient à souligner la précieuse contribution des membres du comité directeur et du personnel du Secrétariat du Bulletin, soit Nancy Hamilton, rédactrice en chef, Tiffany Thornton, Raymonde Sharpe, Julie Creasey et Karen Price. Il importe de remercier de façon toute particulière la rédactrice invitée du présent numéro, Sandra MacDonald-Rencz, directrice exécutive, Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada. Nous tenons aussi à exprimer notre reconnaissance à la firme Allium Consulting Group Inc. qui s'occupe de la révision, de la conception et de la mise en page du Bulletin.

Les avis exprimés dans les articles, notamment en ce qui touche l'interprétation des données, appartiennent aux auteurs et ne peuvent être considérés comme des positions officielles de Santé Canada. Cette publication est offerte en d'autres formats sur demande. La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition de citer clairement la source.

Cette publication est offerte en d'autres formats sur demande.

La reproduction à des fins non commerciales est autorisée à condition que la source soit clairement indiquée.

Publié sous l'autorité du ministre de la Santé.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2007

Cat. n° H12-36/13-2007

Cat. n° H12-36/13-2007F-PDF (En ligne)

ISSN 1496-466 X

ISSN 1499-3511 (En ligne)

Postes Canada, numéro de convention 4006 9608

En cas de non livraison, retourner à :

Santé Canada
DGPS/HPB
DDDR/DDRD
L.P. : 9002C
Gatineau (Québec)
K1A 0K9



Pour nous joindre

Nous vous invitons à faire part de vos observations, requêtes et suggestions. Veuillez acheminer vos commentaires et avis de changement d'adresse à <bulletininfo@hc-sc.gc.ca>. Notez bien que les rétroactions, suggestions et commentaires qui parviennent au Secrétariat du Bulletin sont conservés en vue de nous permettre de répondre aux lecteurs et d'évaluer la pertinence de notre publication. Nous conservons également les adresses postales et de courriel aux fins de dissémination du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* aux abonnés et d'analyse de la distribution de la publication. Tous les renseignements compilés de la sorte sont entièrement confidentiels et protégés.

Conditions de travail :

Une question stratégique fondamentale

Dans ce numéro, Nancy Hamilton, rédactrice en chef du Bulletin de recherche sur les politiques de santé, s'entretient avec **Sandra MacDonald-Rencz (SMR)**, directrice exécutive, Bureau de la politique des soins infirmiers, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada; **Anil Gupta (AG)**, directeur de la Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada; et **Robert Shearer (RS)**, directeur de la Division des stratégies des ressources humaines en santé, Direction des politiques de soins de santé, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada.

Q Ces dernières années, plusieurs importants rapports sur la santé ont porté sur les conditions de travail du personnel infirmier. Comment expliquer cet intérêt?

SMR : En effet, on s'intéresse de plus en plus à la main-d'œuvre infirmière. Depuis une dizaine d'années, on a commencé à s'inquiéter de la pénurie actuelle ou future de personnel infirmier. Les rapports sur le sujet portent à croire qu'il manquera 80 000 à 100 000 infirmières et infirmiers en 2016.

AG : Il faut regarder ce que nous avons fait dans le passé et en tirer des leçons. Entre 1993 et 2004 par exemple, nous avons connu une croissance démographique d'environ 9 %, alors que la profession infirmière s'est accrue de moins de 4 %. À lui seul, ce phénomène se traduit par un manque net de 60 000 infirmières et infirmiers.

SMR : Lorsque nous y regardons de plus près, nous constatons qu'il ne s'agit pas seulement d'embaucher plus de personnel infirmier mais aussi de mieux gérer la main-d'œuvre actuelle dans ce secteur. Les études démontrent que dans les cinq années suivant leur graduation, nous perdons deux ou trois infirmières et infirmiers gradués sur cinq. Cela nous incite à examiner les conditions de travail des nouvelles recrues comme du personnel infirmier expérimenté.

RS : Sandra résume bien la situation. Nous devons analyser les causes profondes de l'érosion de l'effectif et chercher des moyens de garder notre personnel infirmier qualifié et expérimenté au Canada. Il s'agit d'un important volet de la planification des ressources humaines en santé. C'est pourquoi, à Santé Canada, nous travaillons en étroite collaboration avec le Bureau de la politique des soins infirmiers pour obtenir de bons résultats dans ce domaine.

AG : Il faut aussi reconnaître que les soins de santé constituent un secteur à très forte concentration de main-d'œuvre et que l'effectif infirmier forme le plus important groupe de fournisseurs de soins de santé. Par conséquent, les questions qui affectent aussi l'ensemble du système de la santé doivent nécessairement prendre en compte la productivité de la ►



main-d'œuvre infirmière. Il ne s'agit pas de demander aux infirmières et infirmiers de travailler plus fort, car ils sont déjà acculés au pied du mur par leur lourde charge de travail. La productivité est liée aux conditions de travail, lesquelles touchent des enjeux tels que l'absentéisme, le maintien en poste, l'adoption de nouvelles méthodes et technologies, les rôles et responsabilités du personnel infirmier, la retraite anticipée et le moral des troupes. Tous ces aspects sont liés à la façon globale dont les gens sont formés, encouragés et traités au sein du système.

Q *Que disent ces rapports sur les conditions de travail de l'effectif infirmier et que signifie vraiment l'expression « conditions de travail »?*

SMR : L'expression « conditions de travail » englobe un éventail d'aspects, de la charge de travail aux horaires, en passant par des questions d'envergure systémique comme l'identité professionnelle et la portée de la pratique. Les rapports font état d'études démontrant que la charge de travail du personnel infirmier s'est considérablement accrue au cours de la dernière décennie. En outre, nous savons que le système de santé a subi d'importantes coupures. Nous savons aussi que les séjours à l'hôpital sont écourtés et que les patients qui y séjournent sont plus malades pendant leur séjour. Jumelé au fait qu'un plus grand nombre d'infirmières et infirmiers travaillent aujourd'hui à temps partiel, on comprend que le système utilise moins « d'heures en soins infirmiers ». Les études démontrent que ces facteurs combinés ont des incidences importantes sur le taux de satisfaction professionnelle du personnel des soins de santé et du personnel infirmier en particulier.

AG : La satisfaction professionnelle est un facteur essentiel de maintien en poste des employés dans les organisations. L'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) a récemment mené une enquête auprès du personnel infirmier du Royaume-Uni, du Canada, de l'Écosse, de l'Allemagne et des États-Unis. Bien que ces pays soient dotés de systèmes de santé différents, tous ont en commun les niveaux élevés d'insatisfaction du personnel infirmier dans des proportions allant de 33 % à 47 %. De plus, quelque 17 % des infirmières et infirmiers interrogés dans chacun des pays prévoient abandonner la profession infirmière dans la prochaine année. Dans tout autre domaine professionnel, il est probable que de telles données déclencheraient aussitôt l'alarme.

SMR : Les conditions de travail n'affectent pas seulement le taux de satisfaction professionnelle des infirmières et infirmiers mais aussi leur état de santé. L'étude révèle que le corps infirmier est le groupe d'employés parmi les moins en santé au pays. L'étude démontre aussi que les conditions de travail constituent un important indicateur

d'augmentation des blessures et d'absentéisme liés à la maladie, ce qui engendre plus d'heures supplémentaires et une plus grande rotation de personnel. Lorsqu'on applique ces données au profil démographique de la profession, le tableau résultant présente une main-d'œuvre vieillissante aux prises avec des conditions de travail malsaines. À titre d'exemple, un rapport réalisé en 2005 par l'ICIS (Institut canadien d'information sur la santé) indique que l'âge moyen des infirmières et infirmiers est de 44,7 ans. Parmi les membres du personnel infirmier, on note un rapport de deux à un entre les personnes de 50 ans et plus et celles de 35 ans et moins.

AG : J'aimerais revenir à la question des heures supplémentaires. Entre 2002 et 2004, le nombre d'heures supplémentaires des infirmières et infirmiers s'est accru de 20 %. Comme le dit Sandra, cela a porté un coup à la santé des membres de cette profession. Il faut reconnaître que l'effectif infirmier est surtout féminin. Par conséquent, les heures supplémentaires affectent également les familles.

Q *En quoi les conditions de travail affectent-elles l'effectif infirmier à l'échelle globale du système de santé?*

RS : Il faut d'abord dire qu'un système de santé efficace figure parmi les nombreux facteurs déterminants de la santé de la population. Les études ont démontré qu'une main-d'œuvre saine est un préalable à un système de santé de qualité. Par conséquent, une stratégie clé pour rehausser la santé de la population canadienne consiste à promouvoir de saines conditions de travail au profit des fournisseurs de soins de santé.

AG : Comme nous l'avons dit, le Canada connaît une importante pénurie d'infirmières et infirmiers. Il s'agit d'un problème complexe qui nécessite un examen poussé de l'offre et de la demande. Nous savons que des conditions de travail médiocres influent sur l'offre puisqu'elles limitent l'aptitude à attirer de nouvelles recrues et à retenir la main-d'œuvre existante.

RS : Les membres de l'effectif infirmier constituent un important segment de notre système de santé, non seulement en raison de leur nombre, mais aussi de leur rôle dans tous les aspects de la provision des soins de santé. Les problèmes affectant l'effectif infirmier ont des incidences sur l'équipe entière de soins de santé et sur son rendement. Puisque le bien-être et la productivité du personnel infirmier sont essentiels au système de santé canadien, il faut arriver à régler les problèmes inhérents aux conditions de travail dans ce secteur.

SMR : En outre, j'aimerais souligner deux aspects qui me semblent inquiétants, soit les coûts et la qualité des soins. Les coûts sont liés à la perte de temps due aux blessures

et à la maladie, de même qu'aux heures supplémentaires nécessaires pour couvrir les heures manquées. Tout cela nécessite un investissement considérable. En améliorant directement les conditions de travail, nous pourrions réaliser des économies et les réinvestir dans le système de santé. Quant à la qualité des soins, les études font état d'une forte corrélation entre la satisfaction professionnelle, la qualité des soins et les résultats auprès des patients, un aspect que nous n'avons pas réussi à démontrer de façon probante dans le passé.

Il y a aussi la question du « délai d'attente ». Bien qu'il n'existe pas de liens évidents entre les conditions de travail de l'effectif infirmier et les délais d'attente, nous disposons de renseignements anecdotiques sur des épisodes de fermeture de salle d'opération et de restrictions résultant du nombre insuffisant des infirmières et infirmiers qualifiés pour exercer dans les salles d'opération et les unités de soins intensifs. Quand nous parlons de délais d'attente, nous devons aussi reconnaître l'importance de l'accès à des soins de santé en temps voulu. Et comme nous le disions plus tôt, les conditions de travail sont étroitement liées à la qualité des soins dispensés aux patients.



Les membres de l'effectif infirmier constituent un important segment de notre système de santé, non seulement en raison de leur nombre, mais aussi de leur rôle dans tous les aspects de la provision des soins de santé. Les problèmes affectant l'effectif infirmier ont des incidences sur l'équipe entière de soins de santé et sur son rendement.

offre l'environnement professionnel le plus positif pour les infirmières et infirmiers, mais nous en apprendrons davantage en analysant les résultats de l'enquête.

RS : Sandra, comme vous le mentionniez dans votre article (voir l'article en page 7), Santé Canada, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, assure la provision des services de soins de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits, surtout dans des centres de santé et des postes de soins de santé. Les conditions de travail présentent ici des défis uniques qui tiennent le plus souvent à l'isolement.

AG : Bien que les conditions de travail varient d'un cadre de pratique à l'autre, des hôpitaux aux soins à domicile, je crois que nous devons concentrer nos efforts sur le secteur hospitalier pour deux raisons. Premièrement, nos statistiques et donc, nos analyses stratégiques quantitatives, visent principalement ce secteur. Deuxièmement, c'est dans ce secteur que près de 70 % de nos infirmières et infirmiers travaillent et c'est là que la nature des conditions de travail semble avoir les plus grandes incidences.

SMR : Anil, vous avez raison. De plus, au cours des dernières années, les gouvernements ont commencé à saisir l'importance d'investir dans cette sphère. Voilà pourquoi nous avons décidé, dans le présent numéro du *Bulletin de recherche sur les politiques de santé*, de concentrer toute notre attention sur les conditions de travail du personnel infirmier dans le cadre hospitalier et institutionnel.

Q *Les conditions de travail du personnel infirmier sont-elles similaires partout au pays ou existe-t-il des variantes selon le lieu et le cadre de travail?*

SMR : Les données dévoilées récemment par une enquête de Statistique Canada sur le travail et la santé des infirmières et infirmiers (voir l'article en page 17) jette la lumière sur cette question. Nous analyserons ces résultats pour voir à quel endroit les conditions de travail ont la plus grande incidence quoiqu'en général, la situation semble être de portée pancanadienne.

En même temps, on observe des différences ponctuelles entre les divers cadres de pratiques. Ainsi, les préoccupations quant aux conditions de travail sont plus aiguës dans les cadres hospitalier et institutionnel. Les soins en résidence peuvent être difficiles également car, en raison du manque de ressources et de la mise en concurrence, le personnel infirmier est souvent traité comme une main-d'œuvre occasionnelle. Plusieurs organisations emploient un personnel minimal et font appel à des infirmières et infirmiers occasionnels, ce qui mine la continuité des services aux patients. Il apparaît que le secteur public de la santé

Q *Qu'ont fait les gouvernements pour améliorer les conditions de travail de l'effectif infirmier? Quels types d'investissements Santé Canada a-t-il réalisés, de concert avec ses partenaires?*

RS : Disons d'abord que des solutions s'imposent à deux niveaux, soit celui de la *main-d'œuvre* dans son ensemble et celui du *milieu de travail* particulier. Les fournisseurs de soins de santé, les collectivités et les organismes de soins de santé ont tous un important rôle à jouer. Des politiques de santé efficaces sont aussi essentielles. Et puisque la main-d'œuvre infirmière est hautement mobile, les conditions de travail représentent un facteur de déplacement d'une région ou province à l'autre. Pour cette raison, la planification nationale collaborative s'est

avérée prioritaire et nous disposons maintenant d'un nouveau *Cadre de planification pancanadienne des ressources humaines en santé* (voir l'article en page 36) approuvé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Nous entamons le travail avec les parties intéressées en vue d'instaurer de façon tangible la planification des ressources humaines en santé.

SMR : En outre, les investissements réalisés dans le cadre de la *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé* sont extrêmement importants. Par cette entremise, Santé Canada a créé l'Initiative de la promotion de la santé en milieu de travail en 2001. Cette dernière vise à améliorer les conditions de travail de tous les fournisseurs de soins de santé, y compris les infirmières et infirmiers et 4 millions de dollars ont été investis pour financer l'expansion de milieux de travail sains partout au pays. Les provinces et les territoires ont aussi réalisé des investissements considérables. C'est ainsi que plusieurs provinces ont mis au point des stratégies de soins infirmiers qui se penchent sur la question de la charge de travail et sur la création d'environnements de travail plus favorables.

AG : Sur le plan de la recherche, Santé Canada s'est muni d'une capacité lui permettant de prévoir la demande en personnel. Avec les plus récentes données de l'ICIS, nous sommes à mettre au point des outils de prévision des spécialités en soins infirmiers pour combler les plus graves pénuries. Nous créons aussi des modèles qui nous aideront à déterminer l'efficacité de divers programmes d'incitation qui s'attaquent au problème des pénuries. Nous devons connaître les effets de l'amélioration des conditions de travail, de l'éducation d'un nombre accru d'infirmières et infirmiers et des prises de retraite plus tardives.

RS : J'aimerais mentionner quelques domaines où nous avons apporté des changements et accusé un certain progrès. D'une part, le Canada a augmenté le nombre de

Les investissements réalisés dans le cadre de la *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé* sont extrêmement importants. Par cette entremise, Santé Canada a créé l'Initiative de la promotion de la santé en milieu de travail en 2001. Cette dernière vise à améliorer les conditions de travail de tous les fournisseurs de soins de santé, y compris les infirmières et infirmiers et 4 millions de dollars ont été investis pour financer l'expansion de milieux de travail sains partout au pays. Les provinces et les territoires ont aussi réalisé des investissements considérables. C'est ainsi que plusieurs provinces ont mis au point des stratégies de soins infirmiers qui se penchent sur la question de la charge de travail et sur la création d'environnements de travail plus favorables.

postes disponibles pour l'effectif infirmier qui dispense de la formation. Nous tentons aussi de nous assurer que les infirmières et infirmiers qui immigreront chez nous puissent travailler au Canada. Le Canada demeure un pays de choix pour les professionnels de la santé immigrants et les infirmières et infirmiers diplômés ailleurs dans le monde demeurent une importante ressource pour le pays. Santé Canada, par le biais de l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés, appuie les efforts engagés pour réduire les barrières et intégrer davantage ces professionnels de la santé à la main-d'œuvre canadienne.

Q Reprenant les propos de Robert quant aux progrès accusés dans certains domaines, pouvons-nous conclure que nos récents investissements sont rentables? Les conditions de travail ont-elles commencé à s'améliorer?

SMR : Je pense que nous commençons à voir les effets de nos actions. À titre d'exemple, une Enquête sur la population active réalisée en 2002 par Statistique Canada portant sur la période de 1987 à 2002 rapporte un nombre considérable de journées de travail perdues pour cause de maladie et de blessure chez les infirmières et infirmiers. Cependant, le rapport suivant, qui porte sur la période de 2002 à 2005, note un léger redressement de ce phénomène.

Nous analyserons les résultats de l'enquête de Statistique Canada sur le travail et la santé du personnel infirmier qui, nous l'espérons, laisseront entrevoir l'amorce de changements positifs. Nous comptons effectuer un suivi de quatre ans pour documenter nos progrès.

Mais malgré l'espoir de nouvelles tendances, il n'est pas question de nous asseoir sur nos lauriers. Nous sommes toujours confrontés au grave déclin de la main-d'œuvre infirmière prévu au cours des prochaines années et notre effectif infirmier continue de vieillir. Nous devons nous assurer que nos infirmières et infirmiers restent en bonne santé et continuent de travailler pour arriver à maintenir les services de haute qualité que nous avons réussi à offrir à la population dans le passé. 🌟

Paul Sajan, chef de section, Ressources humaines de la santé, Institut canadien d'information sur la santé; Francine Anne Roy, directrice, Information sur les ressources en santé, Institut canadien d'information sur la santé; Sandra MacDonald-Rencz, directrice exécutive, Bureau de la politique des soins infirmiers, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada; et Barbara Oke, directrice exécutive, Bureau des services infirmiers, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Le point sur l'effectif infirmier :

Q u ' e n e s t - i l a u j u s t e ?

Les données dont cet article fait état proviennent des bases de données sur les soins infirmiers de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et d'un sondage sur la main-d'œuvre effectué par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Les auteurs font le point sur l'effectif infirmier actuel, décrivent les grandes tendances et établissent des distinctions entre les diverses professions infirmières réglementées.

Les infirmières et infirmiers jouent un rôle de premier plan dans la gestion et la prestation des services de soins de santé, et dans les activités de recherche connexes. Le personnel infirmier professionnel constitue le plus grand segment des effectifs de la santé. En 2005, il regroupait plus du tiers des 828 000 travailleurs canadiens du domaine de la santé¹. De fait, on dénombre cinq infirmières ou infirmiers pour chaque médecin². Leur travail complétement celui des autres fournisseurs de soins de santé dans tous les milieux de soins de santé à l'échelle du continuum des services de santé—de la promotion de la santé et de la prévention des maladies aux services diagnostiques, en passant par les traitements et la réadaptation. Au Canada, il est quasiment impossible d'obtenir des soins de santé sans faire appel à l'expertise et aux connaissances d'une infirmière ou d'un infirmier.

Composition de l'effectif infirmier

Même si certains considèrent l'effectif infirmier comme une seule et unique entité professionnelle, il s'agit, dans les faits, d'un effectif fort de 320 000 membres autorisés et réglementés repartis en trois professions infirmières distinctes :

- les infirmières et infirmiers autorisés (IA)
- les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA)
- les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA)

À l'heure actuelle, les professions d'IA et d'IAA sont réglementées dans les 13 provinces et territoires du Canada. Dans le cas des IPA, les provinces de l'Ouest, soit le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique, considèrent qu'il s'agit d'une profession distincte et assujettissent ses membres à une formation et à une réglementation séparées.

Les infirmières et infirmiers autorisés forment le plus gros groupe de fournisseurs de soins de santé réglementés au Canada. Des trois professions infirmières réglementées, c'est celle dont le champ de pratique est le plus étendu, qui accorde le plus de pouvoirs décisionnels et dont les membres affichent le plus haut taux de scolarité. ►



Au Canada, on compte cinq infirmières ou infirmiers pour chaque médecin.

Les IA doivent suivre un cours en sciences infirmières et obtenir un diplôme ou un baccalauréat dans le domaine. Ils doivent aussi s'enregistrer auprès de l'organisme de réglementation des professions infirmières de leur province ou territoire pour pouvoir exercer leur métier d'IA. Vers la fin des années 1990, la plupart de provinces avaient déjà annoncé que d'ici dix ans, les personnes qui veulent travailler comme infirmières ou infirmiers devront suivre un cours universitaire de premier cycle de quatre ans.

Après avoir obtenu leur baccalauréat, les IA peuvent parfaire leur formation en poursuivant leurs études ou en obtenant une accréditation dans 14 spécialités. Les IA qui poursuivent leurs études peuvent devenir des spécialistes cliniques, des éducatrices ou éducateurs ou encore des infirmières ou infirmiers praticiens (IP), par exemple. Les IP sont des IA avec une formation plus poussée en évaluation de la santé, en services diagnostiques et en gestion des maladies et blessures³. Les IP sont en mesure d'offrir des services généralement réservés aux médecins (p. ex., commander des tests et prescrire des médicaments) et peuvent jouer un rôle important au sein de collectivités isolées ou de quartiers urbains déshérités qui tendent à souffrir d'une pénurie de médecins.

La deuxième profession de la santé réglementée regroupant le plus de personnes au Canada est celle des **infirmières et infirmiers praticiens autorisés**. Puisqu'au Canada, on exige que les IAA fassent des études approuvées menant à un diplôme d'IAA, leur champ de pratique est plus restreint que celui des IA. À l'instar des IA toutefois, les IAA de toutes les provinces et territoires travaillent dans divers milieux, dont près de 40 % dans le secteur des soins de longue durée.

Au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, les **infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés** forment le plus gros groupe de professionnels en santé mentale puisque leur profession fait l'objet d'une réglementation distincte. Même si les IPA ont beaucoup en commun avec les IA, leur formation de base menant à

Élargir le bassin de personnel infirmier

En 2005, les infirmières et infirmiers formés à l'étranger représentaient 6,9 % (20 787) de l'effectif infirmier (à l'exception des IAA du Québec pour lesquelles on ne possédait pas de données sur la graduation). Les pays ayant le plus souvent décerné des diplômes étaient les Philippines (29,0 % de tous les membres de la profession éduqués à l'étranger), le Royaume-Uni (20,8 %) et les États-Unis (6,6 %). C'est la Colombie-Britannique (13,5 %) et l'Ontario (10,1 %) qui, en 2005, comptaient le plus grand nombre d'infirmières et d'infirmiers éduqués à l'étranger. Pris ensemble, les infirmières et infirmiers détenant un diplôme d'un autre pays ou d'une autre province constituent près de 40 % de l'effectif infirmier de la Colombie-Britannique, soit le taux le plus élevé au Canada.



un diplôme ou à un baccalauréat en sciences infirmières est axée sur le domaine de la psychiatrie. Ces études mettent l'accent sur la santé psychiatrique et mentale et sur la prestation de soins dans ces domaines.

Répartition des infirmières et infirmiers au Canada

En gros, 81,2 % des infirmières et infirmiers travaillent dans les grandes villes canadiennes⁴, 10,3 % dans les régions isolées et un autre 8,3 % dans des zones rurales. Ces proportions sont stables depuis plusieurs années.

Les infirmières et infirmiers établis dans les centres urbains tendent plus que leurs collègues de régions isolées et rurales à œuvrer dans des domaines spécialisés comme la pédiatrie ou l'oncologie. Par contre, ceux de milieux isolés et ruraux sont davantage actifs dans une gamme de secteurs de pratique cliniques.

Déplacements des infirmières et infirmiers

Les IAA ont moins tendance à déménager dans une autre province après l'obtention du diplôme que les IA et les IPA. En 2005, seulement 7,6 % des IAA diplômés travaillaient dans une province ou un territoire autre

que leur province de graduation, comparativement à 11,5 % chez les IA et à 14,9 % chez les IPA.

Les destinations qui attirent le plus le personnel infirmier diplômé sont les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, un phénomène qui reflète la tendance globale de la population canadienne à se déplacer d'est en ouest.

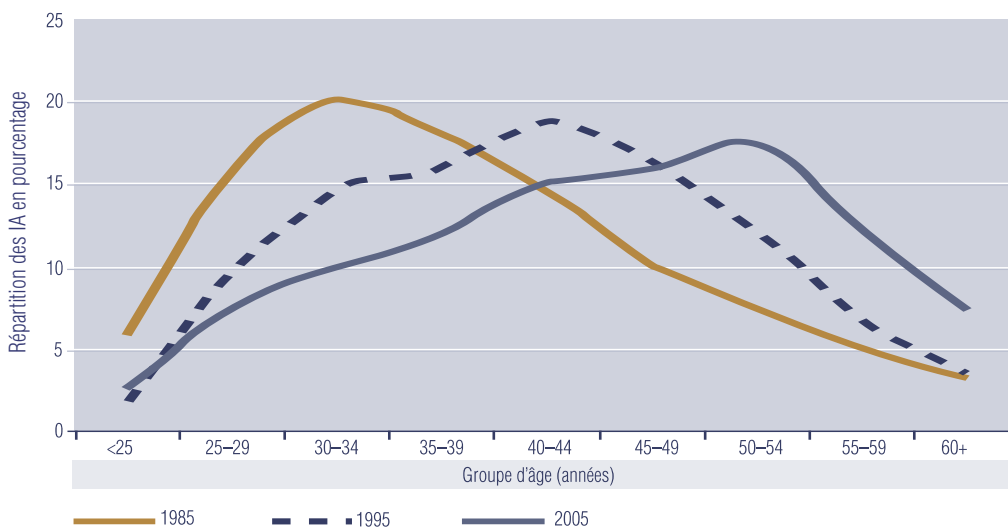
Profil démographique

Un examen plus poussé des données démographiques fait ressortir les caractéristiques des infirmières et infirmiers dont il importe de tenir compte dans la planification de la main-d'œuvre.

L'effectif infirmier est surtout constitué de femmes

Traditionnellement, les femmes ont toujours constitué la part du lion de l'effectif infirmier. Cette situation prévaut toujours chez les IA puisqu'en 2005, 94,6 % étaient des

Figure 1 : Répartition de l'effectif des IA au Canada selon l'âge, années choisies, 1985-2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

infirmières. Cela dit, la proportion d'infirmiers augmente lentement, étant passée de 2,6 % des IA en 1985 à 4 % des IA en 1995, grimant à 5,6 % en 2005. Lorsqu'on tient également compte des IAA et des IPA, les hommes constituent une proportion légèrement plus élevée de l'ensemble de l'effectif infirmier, soit 6,1 % en 2005.

Dans les domaines spécialisés de la psychiatrie et de la santé mentale, la proportion de femmes par rapport aux hommes était moins spectaculaire. À titre d'exemple, en 2005, les femmes constituaient 77,4 %, et les hommes 22,6 %, de l'effectif des IPA. Parmi les IA actifs en santé mentale, le ratio de femmes par rapport aux hommes était de 6 à 1 environ (85,4 % de femmes contre 14,6 % d'hommes). Chez les IAA en santé mentale, près du quart étaient des hommes (23,4 %), alors qu'ils ne représentent que 6,8 % de l'ensemble des IAA.

Une main-d'œuvre vieillissante

L'âge moyen du personnel infirmier professionnel n'a jamais été aussi élevé, atteignant 44,7 ans en 2005. De plus, près de 40 % des infirmières et infirmiers avaient plus de 50 ans, soit près de deux fois plus que les infirmières et infirmiers de 34 ans et moins.

Comme l'illustre la Figure 1, l'effectif infirmier vieillit constamment depuis une vingtaine d'années. En 1985, au Canada, la plupart des IA avaient entre 30 et 34 ans; dix ans plus tard, soit en 1995, la plupart avaient entre 40 et 44 ans; en 2005 la majorité étaient âgés de 50 à 54 ans. Il importe de considérer cette tendance puisque l'âge moyen de la retraite au sein de l'effectif infirmier s'établit à 56 ans environ.

Entre autres facteurs qui alimentent cette tendance générale, soulignons le fait que les personnes graduent

aujourd'hui des cours de sciences infirmières à un âge plus avancé. Parmi les infirmières et infirmiers actifs sur le marché du travail en 2005, 13,2 % des IA avaient 30 ans ou plus à leur graduation (comparativement à 9,4 % en 1995). Même si on ne dispose pas de données sur les tendances au niveau des IAA et des IPA, il est intéressant de noter qu'en 2005, une plus forte proportion de ces infirmières et infirmiers—27,1 % des IAA et 17,1 % des IPA—avaient 30 ans ou plus lorsqu'ils ont obtenu leur premier diplôme en sciences infirmières, comparativement aux IA.

De plus en plus d'infirmières et infirmiers poursuivent leurs études

En 2005, plus du tiers (34,0 %) des IA détenaient un diplôme en sciences infirmières. Mais on constate que parmi les personnes récemment diplômées (ayant gradué depuis 2002), le taux était considérablement plus élevé (40,8 %). Le nombre croissant d'IA détenant un baccalauréat tient, en partie, au fait qu'à travers le pays, on exige de plus en plus le baccalauréat pour débiter dans la profession infirmière.

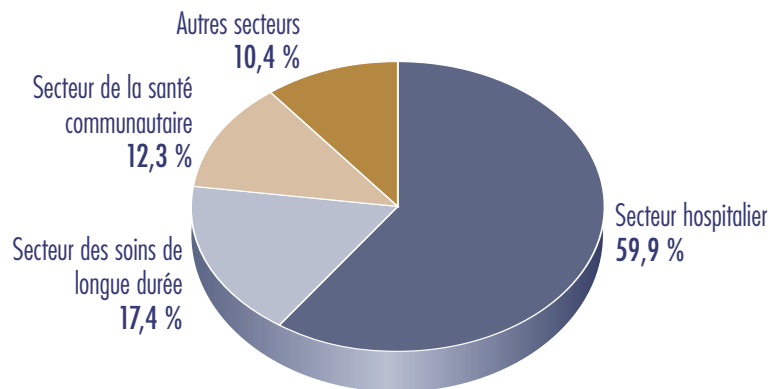
Milieux de pratique

Les infirmières et infirmiers sont actifs dans tous les milieux de soins de santé à l'échelle du continuum des services de santé—des hôpitaux aux centres de soins communautaires, de même qu'à domicile. Même si la plupart des infirmières et infirmiers travaillent dans les hôpitaux, les données laissent entrevoir certains changements.

La plupart des infirmières et infirmiers travaillent dans les hôpitaux

Le plus grand employeur de personnel infirmier de toutes catégories demeure le secteur hospitalier—en 2005, six infirmières et infirmiers sur dix (59,9 %) œuvraient dans ce milieu. Par ailleurs, 17,4 % des infirmières et infirmiers travaillaient dans le domaine des soins de longue durée comme les foyers de soins infirmiers et les établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes. Un autre 12,3 % optaient pour le secteur des soins communautaires au service d'organismes de soins à domicile ou de centres de santé communautaire. Le reste, soit 10,4 %, travaillaient

Figure 2 : Effectif infirmier, selon le secteur d'emploi, 2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

dans divers autres milieux, y compris des écoles, des centres correctionnels, des bureaux de santé et sécurité au travail et des centres de recherche (voir la Figure 2).

Coup d'œil plus attentif sur chaque profession infirmière

Alors que l'effectif des IA tend à s'agglomérer dans le secteur hospitalier, les IAA et les IPA sont répartis de façon plus homogène entre les divers secteurs. En 2005, la plupart des IA (62,6 %) œuvraient en milieu hospitalier comparativement à 46,4 % des IAA et à 40,6 % des IPA. En outre, les IAA sont plus présents par le secteur des soins de longue durée (38,6 %), tandis qu'on observe une répartition égale des IPA entre les secteurs de la santé communautaire (23,2 %) et des soins de longue durée (21,8 %).

On remarque chez les IA et les IPA une tendance générale mais graduelle en faveur du secteur de la santé communautaire. À titre d'exemple, le pourcentage d'IA travaillant dans les centres de santé communautaire a presque doublé au cours des 12 dernières années, passant de 5,8 % en 1993 à 10,1 % en 2005.

Rôles et cheminement de carrière

La plupart des infirmières et infirmiers professionnels dispensent des soins directs aux patients. Seule une faible proportion (moins de 6 % en 2005) sont des gestionnaires. Un examen plus poussé de chaque profession laisse toutefois entrevoir certaines différences —les IPA tendent plus à être des gestionnaires (12,1 %) que les IA (6,9 %) ou les IAA (1,2 %).

Travailler en santé publique

Les infirmières et infirmiers de santé publique constituent un sous-groupe de l'effectif infirmier de santé communautaire. À l'heure actuelle, il s'avère impossible de mesurer avec précision (séparément du groupe élargi des infirmières et infirmiers de santé communautaire) le nombre d'IAA, d'IA, d'IP et d'IPA du domaine de la santé publique. Les instances réglementaires provinciales et territoriales ont commencé à modifier leurs formulaires d'enregistrement pour pouvoir faire ces distinctions. Les premiers résultats seront publiés en même temps que les statistiques sur les soins infirmiers de l'ICIS de 2007.

Du côté des infirmières et infirmiers praticiens autorisés, 76,8 % s'identifiaient comme des infirmières ou infirmiers praticiens lors de leur enregistrement en 2005. Les autres décrivaient ainsi leur fonction première : gestionnaire (2,9 %), infirmière en milieu de travail ou infirmière de santé communautaire (8,9 %), instructeur, professeur ou éducateur (3,5 %), ainsi que des fonctions autres ou non déclarées (7,9 %).

La carrière des IA et des IPA semble suivre un parcours général semblable puisque les membres de ces deux groupes amorcent leur carrière infirmière dans le secteur hospitalier avant d'évoluer vers d'autres secteurs au fil du temps (voir la Figure 3). Ceci ne s'applique pas à l'effectif des IAA dont les plus récents diplômés tendent tout autant à travailler dans le secteur hospitalier que ceux qui ont gradué il y a plus de 25 ans.

Notre bassin d'infirmières et d'infirmiers

En 2005, l'effectif infirmier autorisé regroupait 251 675 IA en emploi—soit 78,3 % du nombre total—ainsi que 64 951 IAA (20,2 %) en emploi et 4 964 IPA (1,5 %) en emploi.

Tendances au fil du temps

Après une période de croissance au début des années 1990 et des fluctuations vers le milieu de la décennie, le nombre d'infirmières et d'infirmiers ayant obtenu une licence a baissé à la fin des années 1990. On a toutefois observé

une recrudescence des titulaires de licences (du moins chez les IA et les IAA) après 2001. En 2005, le taux d'émission de licences aux IA était légèrement plus élevé qu'en 1990 (de 5,6 %). Par contre, le taux d'émission de licences aux IPA et aux IAA était plus faible, soit 10,9 % et 12,6 %, respectivement.

L'effectif des IA augmentait en même temps que le taux d'émission de licences aux IA, soit de 4,3 % entre 2003 et 2005. Au cours de cette même période, l'effectif des IAA augmentait de 2,9 % alors que celui des IPA chutait de 2,8 %.

Même si les infirmières et infirmiers praticiens autorisés représentent moins de 1 % de l'ensemble des IA, ils deviennent de plus en plus nombreux eux aussi. En 2005, on comptait 1 026 infirmières et infirmiers praticiens au Canada, soit 912 de plus qu'en 2002.

Caractéristiques de l'emploi

Les taux d'emploi sont élevés au sein de toutes les professions infirmières. En 2005, la plupart des infirmières et infirmiers (93,0 %) avaient déjà un travail au moment d'obtenir leur licence. Seulement 5,6 % étaient sans emploi, alors qu'un autre 1,4 % ne déclarait pas sa situation d'emploi. Cela dit, un simple compte de têtes ne permet pas de brosser un tableau complet de la situation puisque près de la moitié de l'effectif infirmier travaille à temps partiel (voir *L'utilisation des données relatives à la santé au Canada* en page 44).

Travail à temps plein ou partiel et emploi occasionnel

En gros, un peu plus de la moitié des infirmières et infirmiers (53,8 % en 2005) travaillent à temps plein, quoique le taux varie selon la profession. Les IPA affichent le plus haut taux d'emploi à temps plein (67,0 %), un peu plus de la moitié des IAA (55,4 %) et un peu moins de la moitié des IA (46,9 %) déclarant travailler à temps plein. Les taux d'emploi à temps plein sont nettement plus élevés chez les infirmières et infirmiers praticiens (75,9 %) que chez l'ensemble des IA. Ces taux sont demeurés relativement stables au cours des dernières années (voir *La pénurie de personnel infirmier* en page 21).

Renouvellement des licences des IA

En 2004, la plupart des IA (96,3 %) ont renouvelé leur licence dans la même province ou le même territoire que l'année précédente. Le taux de renouvellement est généralement plus faible dans les territoires nordiques, là où le personnel de relève à court terme en provenance des provinces plus au sud vient renflouer l'effectif infirmier des régions nordiques. De fait, le personnel à court terme ne revient pas nécessairement chaque année.

Travailler en santé mentale

Les taux d'emploi à temps plein sont généralement plus élevés chez les infirmières et infirmiers qui travaillent en santé mentale que chez ceux qui dispensent d'autres types de soins directs aux patients.

En 2005, près des deux tiers (64,6 %) de l'effectif infirmier en santé mentale travaillait à temps plein, comparativement à 53,2 % des infirmières et infirmiers oeuvrant dans d'autres domaines de soins directs aux patients.

Les taux d'emploi occasionnel se sont stabilisés depuis quelques années chez la plupart des professions infirmières, y compris les IA (11 %), les infirmières et infirmiers praticiens (4 %) et les IPA (6,5 %). Mais dans le cas de l'effectif des IAA, le taux d'emploi occasionnel semble augmenter lentement, étant passé de 15 % environ en 2003 à près de 17 % en 2005.

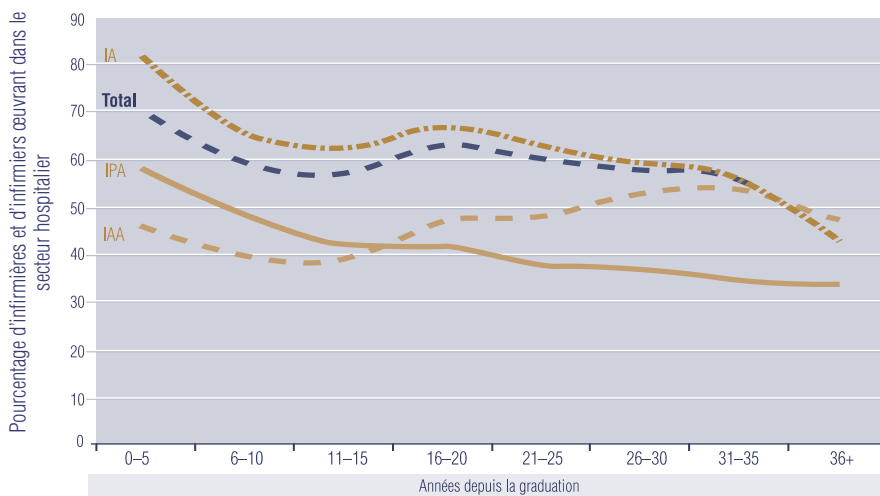
Plus d'un employeur

Certaines infirmières et certains infirmiers travaillent pour plus d'un employeur du domaine infirmier—de fait, plusieurs infirmières et infirmiers combinent plusieurs emplois à temps partiel pour arriver à travailler à temps plein dans leur domaine. La portion de l'effectif infirmier travaillant pour plus d'un employeur du domaine infirmier est demeurée la même depuis quelques années, s'établissant à 14 % environ.

Santé Canada comme employeur

Même si, au Canada, la prestation des soins de santé est de compétence provinciale et territoriale, il revient à Santé Canada, par le biais de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), d'assurer la bonne prestation des services de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits (voir la page 12).

Figure 3 : Pourcentage d'infirmières et d'infirmiers œuvrant dans le secteur hospitalier, selon le nombre d'années depuis la graduation, 2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2005.

Pour résumer

Même si l'on considère l'effectif infirmier comme un groupe unique dont les membres sont appelés à relever de nombreux défis communs, cet article met en lumière les tendances, les expériences et les défis uniques et parfois contradictoires propres à chacune des professions infirmières réglementées du Canada. Il est essentiel de comprendre l'évolution du bassin d'infirmières et d'infirmiers pour bien planifier l'avenir des ressources humaines de la santé. Les données objectives comparables présentées aident une gamme élargie d'intervenants gouvernementaux et de parties intéressées du secteur de la santé à prendre des décisions et à élaborer des politiques éclairées. ►

Effectif infirmier de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada collabore avec les collectivités des Premières nations et des Inuits pour maintenir et améliorer l'état de santé des peuples autochtones en offrant des services de santé aux Indiens inscrits dans les réserves, aux collectivités des trois territoires et aux Inuits. Les infirmières et infirmiers autorisés forment le groupe le plus nombreux de fournisseurs de soins de santé à desservir les collectivités des Premières nations et des Inuits⁵.

Les infirmières et infirmiers embauchés par la DGSPNI dispensent leurs services dans divers types d'établissements de soins de santé. Les **postes infirmiers** desservent les habitants de collectivités isolées et éloignées où il n'existe pas de routes carrossables donnant facilement accès, l'année durant, à d'autres établissements de soins

de santé. Avec l'aide d'un personnel de soutien, les infirmières et infirmiers de santé communautaire offrent des services de santé primaires, y compris des activités axées sur la prévention des maladies et la promotion de la santé. Ils fournissent des services d'évaluation et de gestion des problèmes de santé misant sur le traitement et sur certains services d'urgence. Les **centres de santé** sont établis dans des régions rurales où les habitants sont en mesure d'accéder, en auto, à des centres de soins tertiaires. Ces centres embauchent une ou plusieurs infirmières qui assurent une gamme de services de santé publique et de programmes de santé communautaire visant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies. Il existe aussi d'**autres établissements de santé**, y compris deux hôpitaux de la DGSPNI au Manitoba.

Pleins feux sur le personnel infirmier de la DGSPNI

Seul un petit pourcentage (8 %) des quelque 700 infirmières et infirmiers embauchés par la DGSPNI ont moins de 30 ans, alors que 40 % ont plus de 50 ans. En 2004, les membres de l'effectif infirmier actuel de la DGSPNI étaient plus âgés que l'ensemble des IA du Canada, ce qui porte à croire qu'on pourrait avoir des problèmes à les remplacer dans quelques années. L'écart d'âge des infirmières et infirmiers de la DGSPNI varie considérablement selon l'emplacement et d'autres attributs.

Comparativement aux infirmières et infirmiers de l'ensemble du Canada (en 2004), l'effectif infirmier de la DGSPNI regroupe une proportion nettement supérieure d'infirmières et d'infirmiers avec un baccalauréat ou une maîtrise (59 % de l'effectif infirmier de la DGSPNI comparativement à 32 % de l'ensemble de l'effectif infirmier canadien), et une proportion beaucoup plus faible dont la scolarité se limite au diplôme d'IA (41 % de l'effectif infirmier de la DGSPNI comparativement à 68 % de l'ensemble de l'effectif infirmier canadien).

Un tiers environ (63 %) des infirmières et infirmiers de la DGSPNI ont pour tâche principale de fournir des services directs aux patients; un nombre très réduit s'occupe de gestion (19 %) et d'éducation (10 %).

Une forte proportion d'infirmières et d'infirmiers de la DGSPNI ont des emplois stables. De fait, 86 % occupent des postes de durée indéterminée ou déterminée et 76 % travaillent à temps plein.

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Conditions de travail du personnel infirmier :

De quoi s'inquiéter

M. Victoria Greenslade, IA, Ph.D., Bureau des services infirmiers, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, et Kathie Paddock, M.Sc., Division du vieillissement et des aînés, Centre de promotion de la santé, Agence de santé publique du Canada, les deux autrefois du Bureau de la politique des soins infirmiers, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Les conditions de travail du personnel infirmier affectent non seulement la santé et le bien-être de chaque infirmière et infirmier mais aussi l'efficacité globale du système, y compris son aptitude à attirer et à maintenir en poste le personnel infirmier. Cet article décrit les conditions de travail actuelles des infirmières et infirmiers en fonction des changements apportés en dix ans au système de santé. Il explique également en quoi les pressions de plus en plus fortes qui s'exercent sur le personnel infirmier affectent leur santé.

Le Canada est aux prises depuis un certain temps avec une pénurie de personnel infirmier. Les données probantes portent à croire que cette dernière s'intensifiera grandement au fil des dix prochaines années. Mais comme il est précisé dans l'entrevue en page 3, ce n'est pas en recrutant simplement d'autres infirmières et infirmiers qu'on réglera ce problème mais bien en s'attaquant à ses causes sous-jacentes, y compris les conditions de travail des infirmières et infirmiers, leurs expériences professionnelles particulières et le contexte de travail au sein duquel ils évoluent.

Problèmes liés au milieu de travail et à l'effectif

L'analyse des conditions de travail du personnel infirmier doit prendre en compte deux composantes clés : le milieu de travail et la main-d'œuvre. Les problèmes inhérents à la main-d'œuvre, comme l'éducation et la formation, la portée de la pratique et la planification des ressources humaines en santé exigent des mesures et des approches nationales ou provinciales. D'autre part, les problèmes liés au milieu de travail, comme la charge de travail, le leadership, les horaires de travail et les questions de sécurité, relèvent de chaque employeur.

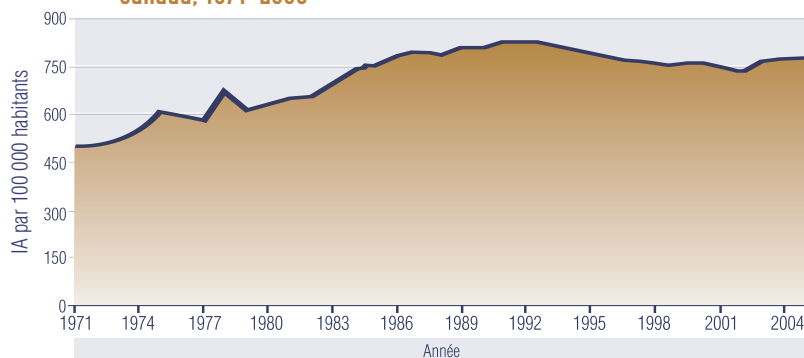
Effets de la restructuration du système de soins de santé sur la santé du personnel infirmier

Nombre de projets de restructuration des soins de santé engagés dans les années 1990 ont mis l'accent sur des compressions budgétaires systémiques et eu un impact direct sur les milieux de travail en santé. Les séjours à l'hôpital ont été écourtés et les soins confiés à des cliniques de jour ou à des centres communautaires, sans compter qu'on a réduit le ratio infirmière-patient⁴ tout en comprimant la gestion infirmière, le personnel de soutien et les services auxiliaires. Le niveau des soins actifs a augmenté, les services aux personnes hospitalisées, les services en clinique externe et les soins communautaires ▶

Satisfaction du personnel infirmier face au contexte de travail. . .

En 2004, près de 35 % de tous les professionnels qui dispensent des soins directs aux patients étaient des infirmières et infirmiers¹. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 85 % des infirmières et infirmiers autorisés (IA) œuvrent dans le secteur des soins directs et près de 60 % travaillent dans les hôpitaux. Le Nursing Work Index révèle que le taux de satisfaction au travail des infirmières et infirmiers qui travaillent dans les hôpitaux et qui dispensent des soins directs est faible². En outre, le mécontentement à l'égard du travail est souvent attribué à un milieu de travail insatisfaisant. Selon la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers, par exemple, ces derniers qualifient leur milieu de travail de stressant (86 %), d'oppressant (85 %), mal doté (86 %), mal financé (88 %) et lourd (91 %)³.

Figure 1 : Ratio d'IA par rapport à la population pour 100 000 habitants, Canada, 1971-2005



Source : Santé Canada, Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, 2006.

se sont complexifiés, les tâches et responsabilités confiées au personnel infirmier ont augmenté et la demande en faveur d'infirmières et infirmiers plus éduqués s'est accrue. Bref, on s'est retrouvé avec moins de personnel infirmier pour s'occuper de patients plus malades.

En même temps, le ratio de *personnel infirmier par rapport à la population* a commencé à baisser, passant d'un sommet de 825 IA pour 100 000 habitants en 1992 à 752 IA pour 100 000 habitants en 1998 (voir la Figure 1). Mais lorsque le gouvernement fédéral a accusé un surplus budgétaire à la fin des années 1990, il a pu accroître son aide financière aux provinces. Depuis, le ratio de personnel infirmier par rapport à la population a augmenté légèrement, soit de 779 infirmières et infirmiers pour 100 000 habitants en 2004^{5,6,7,8,9}.

Pour contrer ces pénuries, les employeurs ont commencé à surexploiter leur personnel en demandant aux infirmières et infirmiers de faire des heures supplémentaires et de rester pour des quarts de travail additionnels, parfois contre leur gré, en vue de garantir un niveau adéquat de soins aux patients. Les études ont commencé à établir des liens entre le fait de travailler pendant trop d'heures et un taux accru d'absentéisme, de maladie et de blessure, ainsi que des corrélations entre les heures supplémentaires et les heures perdues en congé de maladie¹⁰. On a également constaté que la santé physique et mentale des infirmières et infirmiers tendait à être moins bonne quand on les obligeait à faire des heures supplémentaires¹⁰.

Violence en milieu de travail

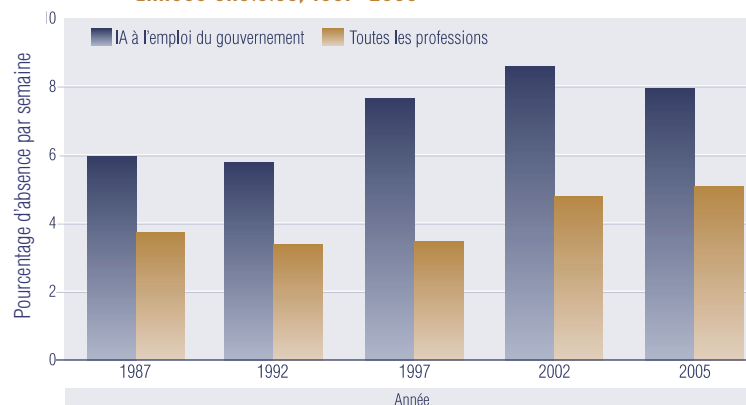
Le spectre de la violence en milieu de travail (agression physique, violence verbale ou psychologique) inquiète de plus en plus l'effectif infirmier. Les infirmières et infirmiers sont les travailleurs de la santé les plus à risque, particulièrement les infirmières. À preuve, jusqu'à 72 % d'entre elles ne se sentent pas à l'abri d'une agression physique au travail¹¹. Même si les éléments de preuve sont encore frais, certains facteurs pourraient aider à élucider le phénomène :

- travail par quarts et niveaux de dotation inadéquats
- travail par quarts imposant des déplacements aller-retour en pleine nuit
- interventions exigeant un contact physique proche avec le patient
- prolongation des temps d'attente dans les salles d'urgence et des cliniques ayant pour effet de stresser davantage les patients

Conditions de travail et absentéisme

Les comparaisons entre les taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures du personnel infirmier et d'autres types de travailleurs confirment l'effet de conditions de travail inadéquates sur les infirmières et infirmiers. Lorsqu'on compare la situation des IA à l'emploi du gouvernement avec celles des membres de toutes les autres occupations, on constate un net écart dans les divers taux d'absentéisme liés aux maladies et blessures (voir la Figure 2). En 2005, le taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures du personnel infirmier travaillant à temps plein était de 58 % supérieur à celui de l'ensemble de la population active travaillant à temps plein (7,9 % comparativement à 5,0 %)².

Figure 2 : Taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures, Canada, années choisies, 1987-2005



Source : Reproduction autorisée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006.

D'après le système de Classification nationale des professions de 1991, le taux d'absentéisme dû à des maladies et blessures observé chez le personnel infirmier est l'un des plus élevés parmi 47 grandes catégories professionnelles. De fait, en 2005, le taux des IA était le deuxième plus élevé, juste derrière celui du « Personnel de soutien des services de santé »².

Les infirmières et infirmiers sont particulièrement exposés aux maladies, à l'épuisement psychologique et aux blessures musculo-skelettiques. En 2005, 16 500 IA et infirmières et infirmiers en chef à l'emploi du gouvernement se sont absentes chaque semaine pour cause de maladie ou de blessure². Même si ce chiffre est légèrement inférieur à celui de 2002 (17 100 par semaine), il est nettement plus élevé que les 9 400 absences hebdomadaires enregistrées en 1987.

En 2005, le taux d'absentéisme pour cause de maladie ou de blessure (7,6 %) était considérablement plus élevé que le taux estimatif de 1987 (5,3 %). Entre 1987 et 2005, le taux d'absentéisme a augmenté de 2,3 points de pourcentage, ce qui représente une hausse de 43 % du taux global. Vers la fin de cette période (1997–2005), le taux a grimpé de 6,8 % à 7,6 %, soit une hausse de 11,7 % du taux global d'absentéisme². La Figure 3 brosse le tableau de ces hausses entre 1987 et 2005.

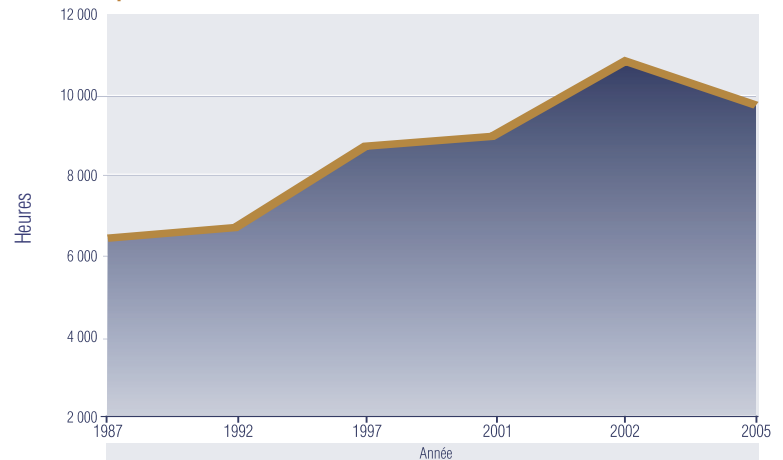
Certains membres de l'effectif infirmier sont plus touchés que d'autres

Malgré la hausse du taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures chez les infirmières et infirmiers en chef et les IA travaillant à temps plein (30 heures et plus par semaine) et à temps partiel depuis 1987, le taux d'absentéisme chez les travailleurs à temps plein est environ 50 % plus élevé que chez les travailleurs à temps partiel. Les taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures chez les infirmières et infirmiers de tous les groupes d'âge ont également augmenté quoiqu'en 2005, on ait constaté une légère baisse des taux chez les infirmières et infirmiers de moins de 45 ans, accompagnée d'une hausse chez ceux de plus de 50 ans².

Conditions de travail et heures supplémentaires

Il existe des liens directs entre les heures supplémentaires, le taux d'absentéisme et le manque d'heures de services infirmiers, sans compter que les infirmières et infirmiers en chef et les IA à l'emploi du gouvernement tendent plus que les autres membres de la population active à faire des heures supplémentaires. En 2005, l'incidence des heures supplémentaires de ces infirmières et infirmiers était de 26 %, comparativement à seulement 22,5 % pour le reste de la population active. En 2005, le taux d'heures

Figure 3 : Tableau global des pertes d'équivalents à temps plein par année pour cause d'absentéisme, Canada, années choisies, 1987-2005

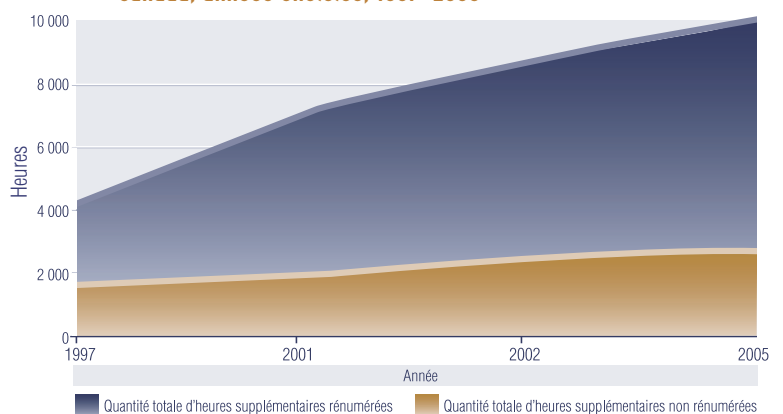


Source : Reproduction autorisée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006.

supplémentaires était plus élevé que le taux estimatif de 26 % en 2002 et considérablement supérieur au taux de 1997 (15,3 %). Le travail supplémentaire a augmenté de 58 % entre 1997 et 2005, même si le nombre moyen d'heures supplémentaires travaillées chaque semaine n'a pas changé (6,4 heures).

Même si une bonne partie des heures supplémentaires ne sont pas rémunérées, les heures supplémentaires rémunérées en 2005 correspondent à 7 468 emplois à temps plein. Lorsque l'on tient également compte des heures supplémentaires non rémunérées, il appert que les heures supplémentaires travaillées par les infirmières et infirmiers représentent 10 054 postes équivalents à temps plein (ETP). Il s'agit d'une hausse de 144 % depuis 1997, alors que les heures supplémentaires travaillées représentaient 4 125 ETP². La Figure 4 fait état du nombre total d'heures supplémentaires travaillées par les infirmières et infirmiers pour diverses années choisies entre 1997 et 2005². ►

Figure 4 : Total annuel des heures supplémentaires des membres du personnel infirmier à temps plein, équivalents à temps plein, Canada, années choisies, 1997-2005



Source : Reproduction autorisée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006.

Répercussions de l'absentéisme et des heures supplémentaires

Il va de soi que les charges de travail de plus en plus lourdes et des maladies et blessures de plus en plus nombreuses et les heures supplémentaires requises pour combler les failles mine non seulement le système de santé, mais aussi les infirmières et infirmiers et leurs familles.

Coûts engendrés pour le système

Des taux d'absentéisme aussi élevés ont une énorme incidence économique sur le système de soins de santé, soit sur le plan des coûts de productivité, du remplacement des salaires et des versements pour cause d'invalidité. En 2005, 16 500 infirmières et infirmiers se sont absentes pendant 20 heures chaque semaine, en moyenne, pour cause de maladie ou de blessure, d'où une perte totale de 340 000 heures de travail par semaine. Cela équivaut à 17,7 millions d'heures par année ou 9 754 postes d'infirmière ou infirmier à temps plein². Une telle perte contribue à ébranler un système de soins de santé déjà aux prises avec une pénurie d'heures à consacrer aux soins infirmiers.

Pression sur les familles

Les nombreuses heures supplémentaires et la charge de travail grandissante exercent des pressions indues sur les relations personnelles et sociales et minent l'aptitude des infirmières et infirmiers à composer efficacement avec le stress émotif et physique inhérent à leurs responsabilités professionnelles et familiales¹⁶. De surcroît, et compte tenu du fait que l'effectif infirmier est avant tout constitué de femmes, le travail par quarts, les heures supplémentaires et les heures de travail limitent le temps à consacrer à la famille et aux activités récréatives et sociales¹⁶.

Répercussions sur les soins aux patients

Tel qu'indiqué à l'article en page 20, les longues heures de travail et les lourdes charges de travail portent atteinte à la qualité des soins aux patients¹⁰. Dans l'étude sectorielle sur les soins infirmiers de 2005, les infirmières et infirmiers révèlent que la lourde charge de travail qu'on leur impose

affecte la qualité des soins aux patients⁴. Une autre étude établit que les membres du personnel infirmier hospitalier travaillant plus de 12,5 heures de suite sont trois fois plus sujets aux erreurs. En outre, les erreurs et accidents médicaux augmentent considérablement quand les infirmières et infirmiers travaillent plus de 40 heures par semaine ou font des heures supplémentaires⁴. Lorsque le personnel infirmier n'arrive pas à accomplir toutes les tâches qui lui sont confiées (ou qu'on l'empêche de le faire), on constate une recrudescence d'erreurs de médication et de chutes chez les patients.

Défis d'avenir

Les problèmes inhérents au milieu de travail et à la main-d'œuvre exigent une approche coopérative et l'intervention de tous les ordres de gouvernement, en partenariat avec les fournisseurs de soins de santé de première ligne, les organismes professionnels et d'autres parties intéressées. Il va de soi que l'harmonisation des efforts des organismes, des compétences et des enjeux n'est pas facile à réaliser. Mais tel qu'indiqué dans l'article en page 36, d'importants investissements ont été engagés sous l'égide de la *Stratégie de planification pancanadienne des ressources humaines en santé*.

Le mot de la fin

Cet article vise à résumer les données probantes qui confirment les graves problèmes découlant des conditions de travail du personnel infirmier, et à expliquer certains des motifs qui les sous-tendent, ainsi que les enjeux complexes en cause. Malgré quelques percées, les infirmières et infirmiers de première ligne continuent de faire des heures supplémentaires, de se blesser, de tomber malade, de souffrir d'un manque de soutien et d'être atteints par le découragement, le stress et l'épuisement. Un examen plus poussé des liens entre les conditions de travail et la santé physique et mentale des infirmières et infirmiers s'avère essentiel. Il en est question dans le prochain article du Bulletin, qui présente les résultats de l'*Enquête nationale sur le*

travail et la santé du personnel infirmier. ☺

Les auteures tiennent à remercier Teklay Messele, Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada, qui a gracieusement fourni les données sur les IA par rapport à la population.



Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Préparatifs en vue des urgences . . .

Des urgences à grande échelle, comme des flambées de maladies infectieuses, ajoutent au stress qui écrase déjà le système. En vue de faciliter la planification, des chercheurs de l'université d'Ottawa étudient en quoi les rôles liés au sexe et les obligations familiales peuvent affecter le personnel de la santé quand survient une urgence.

Les résultats préliminaires d'une étude coopérative engageant le ministère de la Défense nationale, Santé Canada et d'autres partenaires intitulée *Soins des travailleurs de la santé œuvrant comme premiers intervenants : amélioration des mécanismes de soutien basés sur le sexe dans la planification des mesures d'urgence* révèle que les fournisseurs de soins de santé se disent « mal préparés, peu soutenus et tirillés entre leur loyauté envers leur profession et leur attachement à leur famille, qui peut tomber malade parce qu'elle est exposée à de nombreuses sources différentes d'infection rapportées à la maison »¹⁷.

Kathryn Wilkins, *Division de la statistique de la santé, Statistique Canada*, Fil McLeod, *Division des enquêtes spéciales, Statistique Canada*, et Margot Shields, *Division de la statistique de la santé, Statistique Canada*

Nouvelles données

sur le travail et l'état de santé du personnel infirmier

D'octobre 2005 à janvier 2006, les infirmières et infirmiers de toutes les régions du pays ont pris part à une étude fort novatrice, soit la première enquête axée sur le milieu de travail et la santé du personnel infirmier fondée sur un échantillon national représentatif. Cet article met en lumière quelques points saillants de cette étude et présente de nouvelles données sur l'effectif infirmier, les milieux de travail des infirmières et infirmiers et leur état de santé physique et mentale.

Les infirmières et infirmiers tendent-ils davantage à faire état de stress associé au travail que l'ensemble de la population active canadienne? Les conditions de travail des membres du personnel infirmier sont-elles similaires d'une région à l'autre du pays? À quels dangers physiques et mentaux les infirmières et infirmiers s'exposent-ils au travail? Les résultats de l'*Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier*¹ récemment publiés (décembre 2006) font la lumière sur ces questions et sur d'autres enjeux semblables. Ces données viennent à point pour enrichir la discussion relativement aux conditions de travail du personnel infirmier canadien.

Le personnel infirmier du Canada

En 2005, quelque 314 900 Canadiens faisaient partie de l'effectif infirmier réglementé. Les infirmières et infirmiers représentent 2 % de l'ensemble de la main-d'œuvre canadienne; il importe de souligner que 4 % de toutes les femmes occupant un emploi sont des infirmières. Au Canada, huit membres du personnel infirmier réglementé sur dix (79 %) sont des infirmières et infirmiers autorisés (IA), un sur cinq (20 %) est une infirmière ou un infirmier auxiliaire (IAA). En outre, les IPA, qui pratiquent dans les quatre provinces de l'Ouest, représentent moins de 2 % de l'effectif infirmier.

Revenu des infirmières et infirmiers

En gros, sur le plan du revenu, les infirmières et les infirmiers jouissent d'un avantage par rapport à l'ensemble de la population occupant un emploi. Seulement 7 % des membres du personnel infirmier vivent dans un ménage dont le revenu les situe dans le quintile inférieur de revenu (c'est-à-dire le 20 % des revenus les plus faibles) de l'ensemble de la population active de leur province ou territoire. Par contre, près de trois sur dix (29 %) vivent dans un ménage dont le revenu les situe dans le quintile supérieur de revenu. Un examen plus poussé révèle toutefois des écarts considérables entre les infirmières et infirmiers de différentes catégories. Les IAA sont proportionnellement beaucoup plus nombreux (16 %) que les IA (4 %) ou les IPA (3 %) à faire partie de ménages du quintile inférieur de revenu de leur province ou territoire. Le revenu relatif du ménage des infirmières et des infirmiers varie également d'une région à l'autre du pays. C'est ainsi que les infirmières et infirmiers du Québec tendent plus à faire partie d'un ménage du quintile inférieur de revenu que leurs collègues des autres régions du pays (voir la Figure 1). ▶

Coup d'œil sur l'Enquête

Raison d'être de l'Enquête

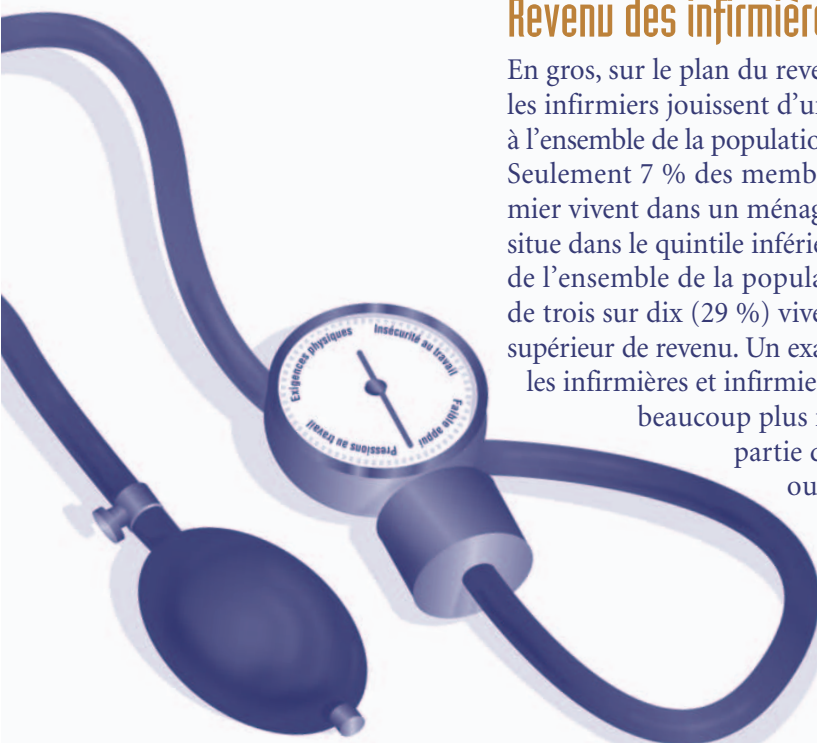
- Coup d'envoi donné par le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada pour se familiariser davantage avec les conditions de travail des infirmières et infirmiers et les liens avec leur santé physique et mentale.

Un effort collaboratif

- Enquête élaborée par les représentants d'organismes professionnels d'infirmières et infirmiers, par des syndicats d'infirmières et infirmiers, par des chercheurs du domaine de la santé, par des spécialistes de l'information sur la santé et par des ministères fédéraux dans un esprit de collaboration.
- Enquête effectuée par Statistique Canada en partenariat avec Santé Canada et par l'Institut canadien de l'information sur la santé.

Enquête à large portée, taux de réponse élevé

- En tout, 18 676 membres du personnel infirmier réglementé, représentant les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA), les infirmières et infirmiers autorisés (IA) et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA) œuvrant dans divers milieux de travail.
- 80 % des infirmières et infirmiers invités à prendre part à l'Enquête ont accepté de le faire, alors que seulement 7 % ont refusé de participer.



Caractéristiques de l'emploi, du poste et du milieu de travail

Les résultats indiquent que les conditions de travail du personnel infirmier varient d'une région à l'autre, d'un domaine de spécialisation infirmière à l'autre et entre les infirmières et infirmiers et l'ensemble de la population active canadienne.

Heures de travail hebdomadaires variables selon la région

Excluant les heures supplémentaires, les infirmières et infirmiers canadiens (y compris le personnel à temps partiel) ont travaillé, en moyenne, 32,2 heures par semaine dans le cadre de leur emploi principal (défini comme l'emploi auquel le personnel infirmier consacre le plus d'heures de travail par semaine). Chez les infirmières, la semaine de travail moyenne était de 32,0 heures, ce qui est légèrement moins que la semaine de travail des infirmiers, qui s'étend sur 34,7 heures.

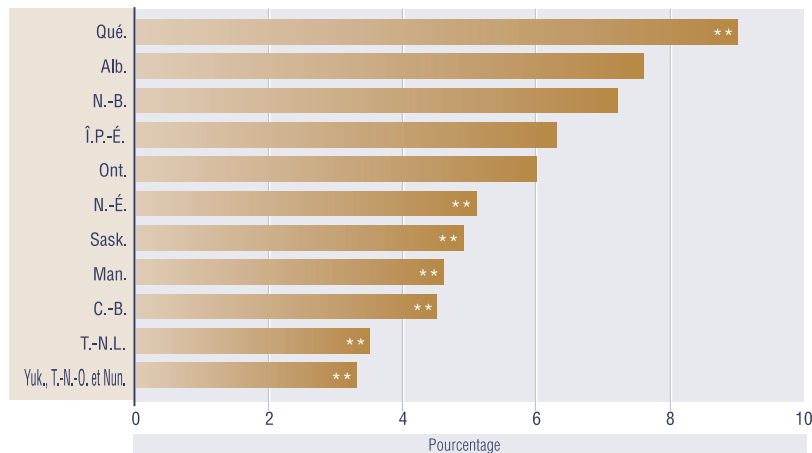
Lorsqu'on tient compte des heures supplémentaires rémunérées et non rémunérées, il appert que la semaine de travail normale du personnel infirmier comprend 35,7 heures. En général, les infirmières et infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et des Territoires consacrent en moyenne plus d'heures à leur emploi principal que leurs homologues d'autres régions (y compris les heures supplémentaires). Ce fait est plus frappant encore dans les Territoires, où la semaine moyenne des infirmières et infirmiers s'étale sur 47,8 heures avec les heures supplémentaires.

Taux d'heures supplémentaires plus élevés chez le personnel infirmier

Malgré un taux de syndicalisation élevé, près de la moitié des infirmières et infirmiers (46 %) ont déclaré que leur employeur s'attend à ce qu'ils fassent des heures supplémentaires. Trois répondants sur 10 ont indiqué faire habituellement des heures supplémentaires rémunérées dans le cadre de leur emploi principal—en moyenne 5,4 heures supplémentaires par semaine. Les heures supplémentaires rémunérées sont plus fréquentes chez le personnel infirmier des hôpitaux (37 %) que chez les infirmières et infirmiers travaillant dans d'autres milieux.

Le personnel infirmier est nettement plus susceptible que l'ensemble des travailleurs canadiens de faire des

Figure 1 : Pourcentage des infirmières et infirmiers vivant dans un ménage du quintile inférieur de revenu*, selon la province ou le territoire, Canada, 2005



* Les limites des quintiles, définies séparément pour chaque province et territoire, se fondent sur le revenu du ménage de la population de 21 ans et plus occupant un emploi, ajustées pour tenir compte de la taille du ménage.

** Écart significatif par rapport aux estimations combinées des autres provinces et territoires ($p < 0,05$).

Source : Shields et Wilkins, Résultats de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005¹.

heures supplémentaires rémunérées. Seulement 13 % des femmes occupant un emploi font des heures supplémentaires rémunérées, comparativement à 30 % des infirmières; chez les hommes, ces taux s'établissent à 28 % et à 37 % respectivement.

Les heures supplémentaires non rémunérées sont encore plus courantes chez le personnel infirmier que ne le sont les heures supplémentaires payées. Près de la moitié des infirmières et infirmiers ont déclaré faire des heures supplémentaires non rémunérées dans le cadre de leur emploi principal, en moyenne quatre heures par semaine. Les heures supplémentaires non rémunérées constituent un phénomène plus répandu chez le personnel infirmier de l'Alberta, du Manitoba et de l'Ontario; près de la moitié des infirmières et infirmiers de ces provinces ayant affirmé faire généralement des heures supplémentaires non payées dans le cadre de leur emploi principal.

Changements dans le domaine des soins infirmiers : Qualité, risques et charge de travail

Lorsqu'on interroge les infirmières et les infirmiers au sujet de l'évolution de la qualité des soins prodigués dans leur milieu de travail, les opinions varient. Plus de la moitié (57 %) disent n'avoir noté aucune variation, un peu plus du quart (27 %) observe une détérioration et moins du cinquième (16 %) sont d'avis que la qualité des soins s'était améliorée.

Les opinions divergent selon les régions. Les infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique tendent plus que leurs homologues d'ailleurs au pays à affirmer que la

Quarts de travail

Il est assez courant que les quarts de travail des membres du personnel infirmier comptent 12 heures. Dans le cadre de l'Enquête, un répondant sur quatre déclarait que son quart de travail habituel était de 12 heures. Dans le cas des infirmières et infirmiers avec des quarts de travail de moins de 12 heures, 97 % disaient travailler 8 heures ou moins.

qualité des soins de santé s'est détériorée. Plus du tiers (35 %) de l'effectif infirmier de C.-B. a signalé une détérioration, soit près de deux fois la proportion (15 %) de répondants dans l'Île-du-Prince-Édouard. Parmi les membres du personnel infirmier à dire que la qualité des soins s'est améliorée, la raison la plus courante tient à l'amélioration de la gestion ou à la réorganisation, à l'ajout de personnel ou une formation plus intense ou de meilleure qualité.

Les résultats de l'Enquête indiquent que la dotation figure parmi les grands déterminants des changements positifs et négatifs observés dans la qualité des soins. Il est très clair, de l'avis des répondants, que la cause première de la détérioration des soins est la pénurie de personnel (citée par 67 % des infirmières et infirmiers qui notent une baisse de qualité des soins). En outre, 38 % des infirmières et infirmiers indiquent que la qualité réduite des soins tient au nombre trop élevé de patients.

Blessures et violence en milieu de travail

Les infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique et de la Saskatchewan tendent plus que leurs homologues d'ailleurs au pays à avoir subi une blessure au travail : un répondant sur huit en Colombie-Britannique (12 %) et une proportion presque équivalente (11 %) de ceux de la Saskatchewan ont signalé des blessures, soit environ deux fois la proportion enregistrée à l'Île-du-Prince-Édouard. Au Québec, seulement 7 % des répondants disent avoir subi des blessures au travail.

Plus du quart (29 %) des infirmières et infirmiers prodiguant des soins directs disent avoir été agressés par un patient au cours de la dernière année; plus de quatre infirmiers sur dix (44 %) ont signalé des agressions physiques, ce qui est légèrement supérieur au nombre d'infirmières faisant état de telles agressions, soit un peu moins de

trois sur dix (28 %). Par ailleurs, 44 % des répondants disent avoir été victimes de violence psychologique de la part d'un patient.

Pressions liées à la charge de travail

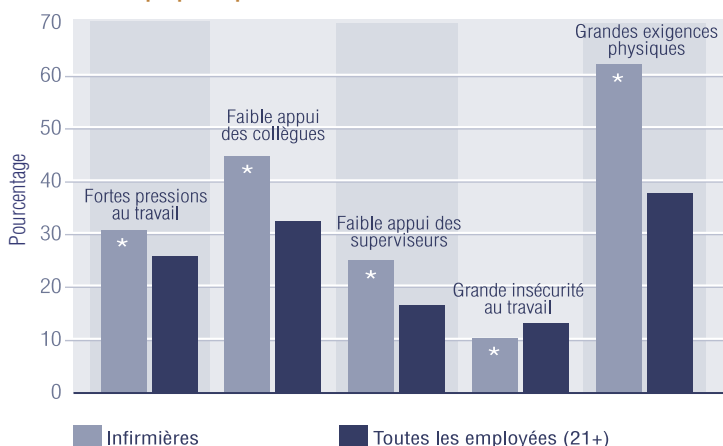
Plus de la moitié (54 %) des infirmières et infirmiers ont indiqué qu'il leur arrive souvent d'arriver tôt au travail ou de quitter tard afin de terminer leurs tâches, alors que 62 % ont déclaré travailler pendant les pauses. Les deux tiers (67 %) estiment que leur charge de travail est trop lourde pour une seule personne et 45 % disent manquer de temps pour accomplir toutes les tâches auxquelles on s'attend d'eux pour bien faire leur travail.

Milieu de travail : Stress, collaboration et respect

L'Enquête a permis d'évaluer plusieurs dimensions de la tension au travail, notamment le stress (c.-à-d., quand les exigences psychologiques de l'emploi affectent la marge de manoeuvre des travailleurs quant à la façon d'exécuter leurs tâches). Les infirmières et infirmiers sont proportionnellement plus nombreux que les autres membres de la population active à subir un niveau élevé de stress au travail. Chez les femmes, 31 % des infirmières disent subir un tel stress comparativement à 26 % des autres femmes sur le marché du travail. Chez les hommes, les proportions sont légèrement plus faibles, puisque 27 % des infirmiers se disent victimes de stress, comparativement à 18 % des autres hommes sur le marché du travail (voir les Figures 2A et 2B).

Un plus grand nombre d'infirmières et infirmiers estiment avoir peu d'appui de la part de leurs collègues, soit 45 % des infirmières et 51 % des infirmiers. Ceci diffère

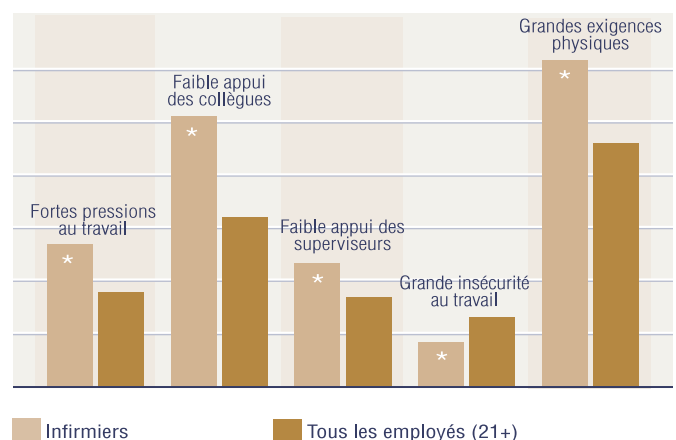
Figure 2A : Pourcentage des infirmières et de l'ensemble des femmes employées ayant déclaré subir du stress au travail, Canada, 2005



* Écart significatif par rapport aux estimations combinées pour toutes les femmes employées ($p < 0,05$).

Source : Shields et Wilkins, Résultats de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005.

Figure 2B : Pourcentage des infirmiers et de l'ensemble des hommes employés ayant déclaré subir du stress au travail, Canada, 2005



* Écart significatif par rapport aux estimations combinées pour tous les hommes employés ($p < 0,05$).

Source : Shields et Wilkins, Résultats de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005.

considérablement des données pour l'ensemble de la population active qui tournent autour de 33 %, tant chez les femmes que chez les hommes. En revanche, les infirmières et infirmiers tendent à faire état de relations de travail très positives avec les médecins : 87 % des répondants disent avoir de bonnes relations de travail, 81 % soulignent le grand travail d'équipe et 89 % soulignent la bonne collaboration.

L'insatisfaction à l'égard de l'emploi est plus élevée chez le personnel infirmier que dans l'ensemble de la population active. Environ 12 % des infirmières et infirmiers se disent insatisfaits de leur emploi, comparativement à 8 % de l'ensemble des travailleurs, hommes et femmes. Par contre, seulement 4 % des répondants prévoient abandonner la pratique des soins infirmiers au cours de la prochaine année, la plupart du temps pour prendre leur retraite.

Santé physique et mentale

Si certains problèmes de dos et d'arthrite sont plus fréquents chez les infirmières que chez l'ensemble des femmes actives, on n'observe pas de différences significatives à ce chapitre chez les hommes. Le quart (25 %) des infirmières disaient souffrir de maux de dos chroniques, comparativement à 19 % de l'ensemble des travailleuses. De plus, la proportion d'infirmières et infirmiers faisant état de migraines, d'hypertension artérielle, d'asthme et de problèmes de la thyroïde était plus élevée qu'au sein de la population active en général.

La dépression est plus répandue chez le personnel infirmier que dans l'ensemble de la population active. Près d'une infirmière ou d'un infirmier sur dix (9 % chez l'un et l'autre sexe) disait avoir souffert de dépression au cours des 12 mois précédant l'Enquête, comparativement à 7 % de toutes les femmes et à 4 % de tous les hommes actifs sur le marché du travail.

Santé et rendement au travail

Les infirmières et infirmiers font des liens entre leurs problèmes de santé et leur aptitude à accomplir leurs tâches professionnelles. Le tiers environ des répondants ont déclaré qu'au cours du mois précédant l'Enquête, ils avaient eu des difficultés à exécuter leurs tâches en raison de problèmes de santé physique, alors que près d'un répondant sur cinq affirmait que des problèmes de santé mentale avaient affecté son rendement au travail.

Chez l'ensemble du personnel infirmier, du pays, le nombre moyen de jours d'absence du travail (avant la tenue de l'Enquête) pour des motifs de santé s'établit à 14,5 par année. Ceux qui s'étaient absents avaient manqué 23,9 jours de travail en moyenne. On estime qu'environ 14 % de l'ensemble des infirmières et infirmiers se sont absents 20 jours ou plus pour des motifs de santé au cours de l'année précédant

l'Enquête. Au Québec, les infirmières et infirmiers qui se sont absents en raison de problèmes de santé ont manqué, en moyenne, 44 jours de travail, soit plus du double des jours d'absence observés ailleurs au pays (de 13 à 20,6 jours d'absence, en moyenne). Par contre, seulement 48 % des infirmières et infirmiers du Québec s'étaient absents du travail en raison d'un problème de santé, alors que ce chiffre atteignait 61 % pour l'ensemble du personnel infirmier canadien.

Liens entre le travail et la santé

On a analysé les données pour déceler des liens possibles entre l'état de santé physique et mental déclaré des infirmières et infirmiers et les journées d'absence du travail pour cause de santé, d'une part, et les conditions de travail du personnel infirmier, d'autre part. Une analyse à plusieurs variables a été entreprise, prenant en compte des effets potentiellement confusionnels (comme l'âge, le type d'effectif infirmier, la province ou le territoire, etc.), en vue d'examiner à la fois les facteurs tangibles d'organisation du travail et les facteurs psychosociaux en milieu de travail.

En gros, on associe l'état de santé générale ou mentale passable ou médiocre du personnel infirmier à divers types de stress professionnel, notamment les fortes pressions qui s'exercent au travail et le manque de soutien de la part des collègues ou des supérieurs. Il en va de même d'autres facteurs, comme un faible degré d'autonomie, de mauvaises relations de travail entre le personnel infirmier et les médecins, un manque de respect de la part des supérieurs et une surcharge de travail. Par ailleurs, on a également observé des corrélations entre les absences de 20 jours ou plus pour des motifs de santé et un niveau élevé de stress, un manque de soutien de la part des supérieurs, un manque de contrôle sur la pratique professionnelle, un manque de respect de la part de la direction et une surcharge de travail.

Autres analyses

Les résultats présentés dans cet article donnent un bref aperçu de la riche source de données tirées de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005. Ces résultats continueront de faire l'objet d'analyses poussées en vue de faire ressortir les liens entre les conditions de travail et l'état de santé du personnel infirmier. Ils permettront également de mieux cerner les défis à relever pour réussir à améliorer les conditions de travail des infirmières et infirmiers du Canada. 🌐

📧 Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

La pénurie de personnel infirmier :

Kisalaya Basu et Anil Gupta de la Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Où et pourquoi

Le Canada est aux prises avec une pénurie de main-d'œuvre infirmière et tout indique que la situation ira en s'aggravant au cours des 15 prochaines années. Cet article examine les facteurs qui affectent l'offre et la demande et explique les effets des pressions démographiques qui s'exercent et des conditions de travail des infirmières et infirmiers. Il applique également les nouveaux modèles mis au point pour prédire les domaines de spécialisation en soins infirmiers les plus affectés par ces pénuries de personnel.

Les données portent à croire que la pénurie de main-d'œuvre infirmière ne se limite pas au Canada, mais prend une envergure mondiale. De fait, un nouveau rapport publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) décrit les infirmières et infirmiers autorisés (IA) comme une main-d'œuvre vieillissante et de plus en plus réduite. Malgré tout, l'ex-présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, Ginette Lemire Rodger, Ph.D., soulignait que l'effectif infirmier constitue un élément crucial à la viabilité du futur système de soins de santé¹. L'Association confirme aussi qu'au cours des 15 prochaines années, le Canada sera confronté à une pénurie croissante d'infirmières et infirmiers. On prévoit une pénurie de 113 000 IA d'ici 2016, un chiffre qui tient compte de l'offre prévue et de la demande croissante résultant des besoins d'une population vieillissante².

Comprendre les pénuries

La pénurie de personnel infirmier survient quand la demande en services infirmiers dépasse les capacités de l'effectif d'infirmières et infirmiers au sein de la population active. Il n'est pas possible de mesurer cette pénurie directement. Il faut plutôt l'estimer à l'aide de modèles complexes d'offre et de demande. On détermine surtout la demande selon la prévalence des maladies, les technologies disponibles (y compris les percées au niveau des médicaments et des vaccins) et des attentes du public. Par contre, on détermine la quantité de personnel infirmier disponible selon le nombre d'infirmières et infirmiers actifs et la quantité de temps pendant lequel ils travaillent.

Une étude portant sur les services infirmiers dans les pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) résume les causes de la pénurie actuelle d'infirmières et infirmiers³. Tel qu'indiqué dans les articles précédents, plusieurs sont associés aux conditions de travail :

- le besoin croissant d'infirmières et d'infirmiers en raison du vieillissement des populations
- les nouvelles technologies qui élargissent la portée des conditions soignables
- plus grand activisme chez les consommateurs
- un bassin d'effectifs qui diminue ou croît trop peu, puisque de moins en moins de jeunes embrassent la profession infirmière
- un plus large éventail de possibilités professionnelles dans des secteurs autres que celui des soins infirmiers
- le peu de valorisation sociale attachée aux soins infirmiers
- les perceptions négatives des conditions de travail des infirmières et infirmiers
- un effectif infirmier vieillissant



Les arguments axés sur l'offre et ceux axés sur la demande

Dans une large mesure, la pénurie actuelle d'infirmières et infirmiers dans le secteur hospitalier résulte des restrictions budgétaires imposées à ce secteur du début au milieu des années 1990. D'autres facteurs ont aussi affecté les niveaux d'emploi des infirmières et infirmiers depuis cette époque. Selon ceux qui argumentent en fonction de l'offre, la détérioration des conditions de travail et la stagnation des salaires ont poussé les infirmières et infirmiers à abandonner volontairement leur emploi pour trouver un meilleur travail ailleurs, y compris aux États-Unis. Par contre, ceux qui argumentent en fonction de la demande affirment que les hôpitaux ont réduit leurs taux de dotation en raison du taux réduit de malades hospitalisés⁴. Comme l'indique cet article, les deux perspectives ont du mérite.

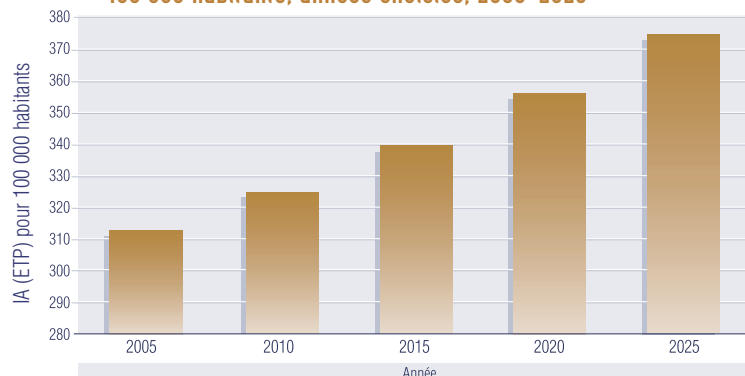
Une demande en mutation

La demande en faveur de services infirmiers tient à plusieurs facteurs, y compris la taille et les caractéristiques démographiques de la population. Le vieillissement de la population a une importance particulière puisque la répartition de la population selon l'âge se reflète dans la prévalence et les types de maladies.

Types de maladies associées au vieillissement

Chez une population vieillissante, on s'attend à ce que le taux de prévalence des maladies associées à l'âge augmente. À titre d'exemple, les données administratives de la

Figure 1 : Demande prévue d'IA (équivalents à temps plein) qui dispensent des soins en milieu hospitalier et des soins à domicile pour 100 000 habitants, années choisies, 2005-2025



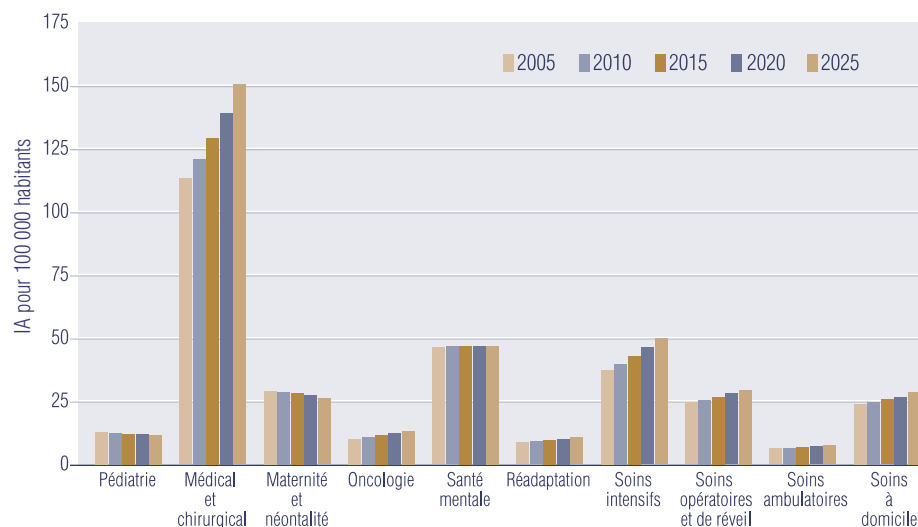
Source : Santé Canada, Division de la modélisation par microsimulation et d'analyse des données, Modèle de la demande pour des IA.

Nouvelle-Écosse révèlent qu'au cours des 20 prochaines années, et à condition que les autres facteurs ne changent pas, on observera une hausse significative des soins requis pour traiter les maladies du système circulatoire (36 %); du néoplasme (29 %); les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques et les troubles immunitaires (25 %); ainsi que les maladies du sang et des organes hématopoïétiques (25 %)⁵. Par contre, les caractéristiques démographiques auront aussi pour effet de réduire la demande dans d'autres secteurs, y compris les complications liées à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité (12 %). La prévalence de toutes les maladies diminuera aussi chez les patients pédiatriques.

Demande d'IA selon le domaine de soins infirmiers à l'hôpital

Pour bien comprendre les pénuries d'effectif, il faut déterminer l'offre et la demande régissant l'effectif infirmier. La modélisation de la demande en soins infirmiers est complexe. La Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données (DMSAD) de Santé Canada a mis au point un modèle des ressources humaines en santé qui prédit la demande pour des IA équivalents à temps plein (ETP) pour 100 000 habitants. Produit à l'aide de la Base de données sur les congés des patients (2000), ce modèle s'applique à toutes les provinces et à tous les territoires. La demande en fonction de l'utilisation a été établie par pondération du volume des ressources (PVR), ce qui permet de mesurer les ressources utilisées par chaque patient ayant obtenu son congé.

Figure 2 : Demande d'IA (équivalents à temps plein) pour 100 000 habitants, selon des domaines de soins infirmiers choisis, Canada, années choisies, 2005-2025



Source : Santé Canada, Division de la modélisation par microsimulation et d'analyse des données, Modèle de la demande pour des IA.

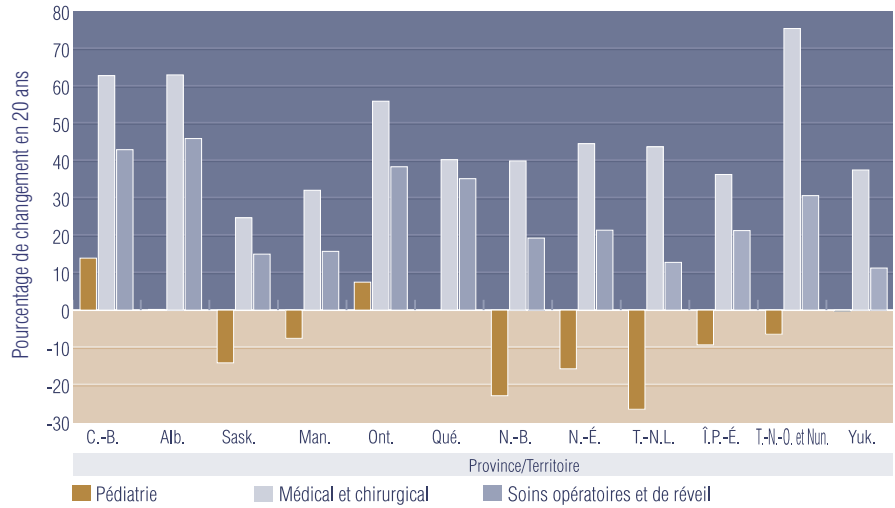
La Figure 1 a recours au modèle⁶ et à l'année de base 2001 pour illustrer la demande en faveur d'infirmières et infirmiers qui dispensent des soins en milieu hospitalier et des soins à domicile jusqu'en 2025.

En plus de faire état de la demande totale pour des IA (ETP) qui assurent des soins infirmiers en milieu hospitalier et à domicile, le modèle de la DMSAD présente une ventilation de la demande pour des IA en milieu hospitalier selon divers secteurs de soins infirmiers, comme les services pédiatriques; les services médicaux et chirurgicaux; les services de maternité et de néonatalité; les services d'oncologie; les services de santé mentale; les services de réadaptation; l'unité des soins intensifs; les services opératoires et de réveil; les soins ambulatoires; et les soins à domicile.

La Figure 2 fait état de la demande projetée pour des IA selon le domaine de soins infirmiers de 2005 à 2025. Ceci comprend l'ensemble des IA travaillant dans les hôpitaux, ainsi que les IA qui offrent des soins à domicile. Tel que prévu, on prévoit une hausse relativement plus forte de la demande dans le cas des IA qui dispensent des soins aux patients âgés.

La Figure 3 illustre la croissance projetée du nombre d'IA (ETP) dans les hôpitaux pour 100 000 habitants selon la province ou le territoire et selon divers types d'occupation infirmière de 2005 à 2025. La demande prévue pour divers types d'infirmières et infirmiers reflétera la prévalence de diverses maladies, ainsi que le profil démographique. Somme toute, le modèle prédit une demande croissante dans toutes les provinces au cours des 20 prochaines années

Figure 3 : Pourcentage de croissance du nombre d'IA offrant des services hospitaliers et à domicile pour 100 000 habitants, selon la province ou le territoire et selon des domaines de soins infirmiers choisis, 2005-2025



Source : Santé Canada, Division de la modélisation par microsimulation et d'analyse des données, Modèle de la demande pour des IA.

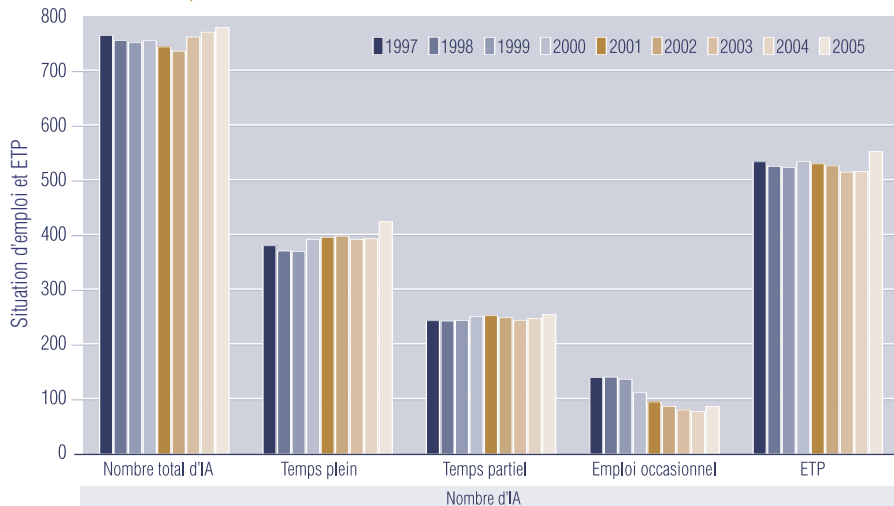
dans des domaines de soins infirmiers choisis en fonction de l'âge, comme les services médicaux et chirurgicaux et les services opératoires et de réveil. Dans le cas des services infirmiers pédiatriques toutefois, la plupart des compétences accusent un pourcentage de changement négatif sur le plan de la croissance qui reflète le vieillissement de la population. Seules les provinces de la Colombie-Britannique et de l'Ontario font exception à la règle.

Disponibilité des infirmières et infirmiers

La disponibilité du personnel infirmier dépend d'une série de facteurs, dont le nombre d'élèves inscrits dans les facultés de sciences infirmières, le taux d'attrition, la migration d'infirmières et d'infirmiers qui entrent au pays ou qui en sortent, le taux de retraite, le taux de décès, la migration interprovinciale, les conditions de travail, le taux de satisfaction au travail, le taux de maintien en poste et autres. La comptabilisation du nombre d'infirmières et infirmiers fournit de l'information sur leur disponibilité, mais pour que ces données soient utiles, il faut les convertir en ETP pour établir la composition réelle de la main-d'œuvre infirmière (voir *L'utilisation des données relatives à la santé au Canada* en page 44).

Le calcul du nombre d'ETP pour 100 000 habitants donne un meilleur aperçu de la disponibilité de la main-d'œuvre puisque ces chiffres font état du nombre réel de

Figure 4 : Nombre d'IA actifs dans le domaine infirmier, selon la situation d'emploi, Canada, 1997-2005



Source : Institut canadien d'information sur la santé, diverses publications : *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés au Canada.*

personnes offrant des services à une certaine portion de la population. La Figure 4 illustre les tendances d'embauche des IA pour 100 000 habitants, selon la situation d'emploi (temps plein et temps partiel), selon le nombre d'emplois occasionnels et selon le nombre d'ETP (pour 100 000 habitants) de 1997 à 2005⁷. Il va de soi que le nombre d'infirmières et infirmiers (calcul des personnes) ne constitue pas un bon indicateur de la disponibilité de la main-d'œuvre car les infirmières et infirmiers ne travaillent pas tous le même nombre d'heures. De fait, près de la moitié de l'effectif total d'IA travaille à temps partiel. La Figure 4 indique aussi que le nombre total de postes d'IA à temps plein et partiel pour 100 000 habitants est resté à peu près stable au cours de cette période, alors qu'on a observé une légère tendance à la baisse du nombre total d'IA avec des emplois occasionnels.

Un effectif infirmier vieillissant

Le vieillissement de l'effectif infirmier affecte également la disponibilité en raison du nombre accru d'infirmières et d'infirmiers plus âgés qui prennent leur retraite ou qui réduisent leurs heures de travail tout en restant actifs sur le marché du travail. Selon un rapport de 2006 de l'ICIS, l'âge moyen des infirmières et infirmiers était de 44,6 ans en 2004. Cette même année, 36 % de l'effectif des IA avaient 50 ans ou plus, y compris près de 7 % âgés de 60 ans ou plus².

Selon une étude de l'ICIS, le nombre d'IA prêts à travailler a augmenté de 3,4 % (de 254 751 à 263 356)² entre 2000 et 2004. Ces données tiennent compte des IA qui travaillent dans le secteur infirmier, des IA sans emploi et des IA qui n'ont pas précisé leur situation d'emploi.

Pour sa part, la population canadienne a augmenté de 4 % environ au cours de cette même période, passant de 30,7 millions d'habitants à 32,0 millions d'habitants.

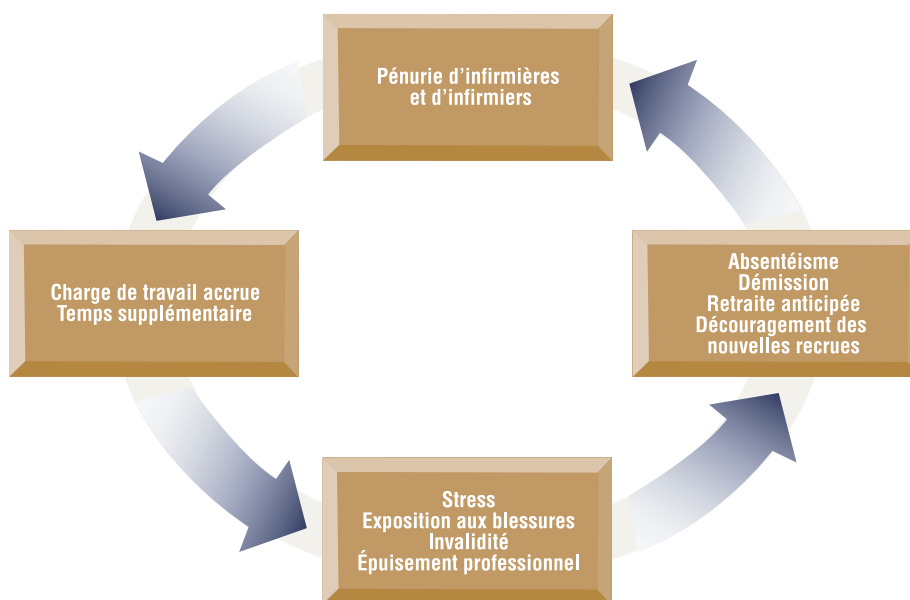
Somme toute, il est clair qu'au cours des prochaines années, une bonne proportion d'IA prendront leur retraite ou travailleront moins d'heures. À moins qu'un grand nombre d'IA envahissent le marché du travail, l'effectif infirmier canadien ne suffira pas à répondre aux besoins d'une population croissante et vieillissante.

Conditions de travail et disponibilité de la main-d'œuvre infirmière

Selon une étude⁸, la pénurie de personnel infirmier tient aussi aux mauvaises conditions de travail qui incitent les infirmières et infirmiers plus âgés à abandonner la profession tout en décourageant de plus en plus la relève infirmière à se lancer dans le métier. L'étude soulignait la nécessité d'équilibrer la demande de services infirmiers et les ressources infirmières pour garantir une certaine prévisibilité en milieu de travail. L'étude révèle également ce qui suit :

- la pénurie de personnel infirmier au Canada résulte, du moins en partie, d'un environnement professionnel qui pousse jusqu'à l'épuisement le personnel infirmier d'expérience et qui décourage les nouvelles recrues d'embrasser la profession;
- les infirmières et infirmiers très stressés et exposés aux blessures ont des taux d'absentéisme et d'invalidité plus élevés que les membres de toute autre profession;
- même si une charge de travail accrue augmente la productivité à court terme, elle engendre des coûts à long terme puisque le stress et la maladie affectent le jugement et réduisent la productivité des infirmières et infirmiers.

Figure 5 : Cycle de pénurie affectant la disponibilité de l'effectif infirmier







Tel que mentionné dans d'autres articles, la pratique courante qui consiste à demander aux infirmières et infirmiers de faire des heures supplémentaires plutôt que de combler les postes vacants ou d'en créer de nouveaux tend à exacerber la situation.

La Figure 5 illustre le cycle qui aggrave la pénurie de personnel infirmier et qui exerce des pressions additionnelles sur les infirmières et infirmiers au travail. Ce phénomène mine les soins et complique la planification, imposant ainsi des coûts considérables au système de soins de santé et affectant la qualité des soins aux patients.

Dans une certaine mesure, les conditions de travail sont endogènes⁴. Cela signifie que si le nombre total de patients ne change pas, toutes choses égales par ailleurs, la réduction du taux de dotation

Tableau 1 : Taux d'abandon des IA, selon la situation d'emploi, Canada, 2003-2004

| Situation d'emploi des IA | Nombre d'IA embauchés | Taux d'abandon (%) |
|---|-----------------------|--------------------|
|  Temps plein | 124 147 | 3,3 |
|  Temps partiel | 77 380 | 3,3 |
|  Emploi occasionnel | 25 468 | 7,3 |
|  Inconnu | 14 347 | 4,0 |
| Total | 241 342 | 3,7 |

Source : Institut canadien d'information sur la santé, 2006².

du personnel infirmier aura pour effet d'alourdir la charge de travail de chaque infirmière et infirmier et de détériorer les conditions de travail. Cette situation poussera de plus en plus d'infirmières et d'infirmiers à quitter le domaine infirmier, décimant encore plus les taux de dotation.

Recrutement et maintien en poste

Le recrutement et le maintien en poste constituent aussi des facteurs clés de disponibilité de l'effectif infirmier. Selon un rapport de l'ICIS publié en 2006², près de sept IA sur cent, en moyenne, quittent les rangs de la profession chaque année. Ce taux d'abandon varie d'un endroit à l'autre, passant de 1,4 % au Manitoba à 6,3 % à l'Île-du-Prince-Édouard, alors qu'au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, il dépasse 13 %. Tel qu'illustré au Tableau 1², les taux d'abandon varient aussi selon la situation d'emploi. Par ailleurs, le fait de quitter une compétence pour une autre ne signifie pas pour autant que le système de soins infirmiers canadien a perdu un membre; les données mettent

Les données probantes confirment que la pénurie de personnel infirmier résulte d'un amalgame complexe de facteurs d'offre et de demande. La disponibilité des infirmières et infirmiers canadiens demeure tributaire des caractéristiques démographiques, des problèmes de recrutement et de maintien en poste et des conditions de travail, alors que la demande de services infirmiers spécialisés est exacerbée par le vieillissement de la population.



néanmoins en lumière le nombre et la proportion d'IA qui décident de ne pas renouveler leur licence l'année suivante.

Une étude⁹ fait ressortir les conséquences graves du taux d'abandon des infirmières et infirmiers de mi-carrière qui, rendus à la fin de la trentaine ou de la quarantaine, ont 15 ans ou plus d'expérience. De fait, les jeunes infirmières et infirmiers comptent sur ce groupe, qui possède une riche mémoire professionnelle et institutionnelle, une solide expertise auprès des patients et une sagesse et une expérience utiles pour obtenir une aide professionnelle, des services de mentorat et un soutien.

En bref

Les données probantes confirment que la pénurie de personnel infirmier résulte d'un amalgame complexe de facteurs d'offre et de demande. La disponibilité des infirmières et infirmiers canadiens demeure tributaire des caractéristiques démographiques, des problèmes de recrutement et de maintien en poste et des conditions de travail, alors que la demande de services infirmiers spécialisés est exacerbée par le vieillissement de la population. Du point de vue d'un chercheur empirique, la projection de la disponibilité future des infirmières et infirmiers est compliquée puisque plusieurs problèmes d'entrée et de sortie dépendent des conditions de travail. Ces conditions de travail détermineront, dans une large mesure, l'attrait que la profession infirmière pourra exercer sur les personnes et leur propension à rester en poste. Elles constituent, de ce fait, un élément intégral du défi à relever pour éliminer la pénurie de personnel infirmier. 🌟

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>.

Une question de sécurité des patients

Kendra Hunter et Isabel Giardino,
Division de la qualité des soins, de la technologie
et des produits pharmaceutiques, Direction des
politiques de soins de santé, Direction générale de
la politique de la santé, Santé Canada

Depuis dix ans, la recherche met l'accent sur plusieurs aspects des conditions de travail des infirmières et infirmiers et leurs effets sur la sécurité des patients. Les résultats ont démontré de l'alourdissement des charges de travail, le prolongement des heures de travail et le taux croissant d'insatisfaction au travail affectent grandement la qualité des résultats observés chez les patients. Cet article s'attarde à la recherche et souligne combien il importe d'encourager une communication efficace entre les membres du personnel infirmier et les autres membres de l'équipe des soins de santé.

Qu'est-ce qu'on entend par « sécurité des patients »?

De plus en plus, la sécurité des patients s'inscrit parmi les plus graves problèmes auxquels sont confrontés les systèmes de santé de par le monde. Dans son rapport pionnier *To Err is Human*¹, l'Institute of Medicine estimait que jusqu'à 98 000 Américains hospitalisés mourraient chaque année par suite d'erreurs dans les soins dispensés.

En 2004, le Canada terminait sa première étude nationale² sur les effets indésirables dont étaient victimes certains patients d'hôpitaux de soins aigus. Dans cette étude rétrospective, on estimait que 7,5 % des patients admis dans les établissements de soins aigus souffraient d'effets indésirables et qu'entre 9 000 et 24 000 patients mourraient chaque année des suites d'effets indésirables évitables à l'hôpital.

Un effet indésirable est une blessure ou une complication involontaire entraînant une invalidité, un décès ou un séjour prolongé à l'hôpital, causée par la gestion des soins de santé (plutôt que par le processus morbide sous-jacent du patient)⁴.

Ce haut taux d'erreur dans les soins de santé a attiré l'attention des décideurs et des intervenants du secteur des soins de santé. L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a vu le jour en décembre 2003³. Cet organisme se veut le chef de file et le point d'ancrage des efforts nationaux engagés pour améliorer la sécurité des patients et des soins aux patients, misant sur la promotion des pratiques exemplaires et sur la définition de stratégies, de cadres de travail, de normes, d'outils et de lignes directrices.

Depuis sa mise sur pied, l'ICSP a recours à une approche systémique pour améliorer la sécurité des patients, tout en délaissant la culture du blâme. Cette approche se rallie aux études sur l'erreur qui révèlent que la plupart des problèmes de qualité résultent de la complexité des systèmes et non d'un rendement faible ou incompetent ou du désir de blesser volontairement la personne.



Mais les changements à apporter pour améliorer la sécurité des patients sont aussi culturels que techniques : « Pour instaurer une culture de sécurité, il faut examiner non seulement le concept de nos tâches et procédés, mais aussi nos conditions de travail (heures, horaires et charges de travail), nos modes d'interaction et, ce qui importe le plus peut-être, notre façon de former chaque membre de l'équipe de soins de santé pour qu'il souscrive pleinement à la quête de soins plus sécuritaires aux patients »⁵. [traduction libre]

Le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) reconnaît l'importance d'une culture de sécurité dans le processus décisionnel d'agrément. En 2005, le CCASS publiait ses buts en matière de sécurité des patients et de pratiques organisationnelles requises qu'il regroupait sous cinq rubriques : culture; communication; utilisation des médicaments; milieu de travail; et prévention des infections. La rubrique sur le milieu de travail met l'accent sur la création de lieux de travail et d'environnements physiques propices à la prestation de soins et de services sécuritaires et se fonde sur une série de pratiques obligatoires, comme la dispensation à tous les membres du personnel (au moins une fois par année) de cours ou de formation sur la sécurité des patients et des clients⁶.

L'approche systémique axée sur la réduction des erreurs reconnaît clairement l'effet des conditions de travail sur la sécurité des patients.

Conditions de travail et sécurité des patients

Au cours de la dernière décennie, les études canadiennes et internationales se sont intéressées à plusieurs aspects des conditions de travail des infirmières et infirmiers, y compris leurs incidences sur la sécurité des patients. Prenant en compte les défis cernés dans des articles antérieurs, on a constaté que la charge de travail accrue, les périodes de travail prolongées et les heures supplémentaires, le niveau de scolarité et l'expérience de travail affectent beaucoup les résultats des patients.

Charge de travail accrue

Une étude révèle que chaque fois qu'un patient s'ajoute à la charge de travail d'une infirmière ou d'un infirmier, le taux de non-sauvetage augmente de 7 % en moyenne⁷. Si la charge de travail d'une infirmière ou d'un infirmier passe de quatre à six patients, la probabilité que le patient décède s'accroît de 14 %. Par contre, on a établi des liens entre les taux de dotation plus élevés d'une part, et une meilleure qualité de soins et des effets améliorés chez le patient d'autre part⁸. La recherche a établi des rapports entre les faibles ratios de personnel infirmier par rapport aux patients et les complications et les résultats pour les patients⁸, les taux accrus de mortalité et de non-sauvetage

chez les patients chirurgicaux⁹ de même que l'épuisement professionnel et le mécontentement du personnel infirmier face au travail⁹.

Périodes de travail prolongées et heures supplémentaires

Le danger d'erreur s'aggrave quand le quart de travail de l'infirmière ou de l'infirmier excède la période normale de 12 heures, quand la personne fait des heures supplémentaires ou travaille plus de 40 heures par semaine. En outre, lorsqu'une infirmière ou un infirmier fait des heures supplémentaires, cette personne tend plus à commettre au moins une erreur, quelle que soit la durée du quart de travail initialement prévue⁷.

Composition du personnel infirmier

Plus grande est la proportion de personnel infirmier professionnel affecté à une unité de santé ou à un hôpital, moins il y a d'effets indésirables déclarés. Les résultats d'une étude menée dans les hôpitaux universitaires ontariens révèle que l'incidence d'erreurs dans l'administration des médicaments et le taux d'infection des blessures est inversement proportionnelle au nombre d'infirmières et infirmiers professionnels en poste¹⁰. On a observé une nette corrélation entre le nombre accru d'heures de soins infirmiers dispensés par des infirmières et infirmiers autorisés (IA), la qualité accrue des soins aux patients hospitalisés¹¹ et la réduction des effets indésirables, comme les chutes¹².

Une étude semblable effectuée par l'American Nurses Association révèle que plus le taux de dotation en personnel infirmier professionnel est élevé, plus la durée des séjours hospitaliers est courte et moins il y a d'événements indésirables, y compris des plaies de pression, des pneumonies, des infections urinaires et des infections post-opératoires¹³. Quoique certaines études fassent l'association entre un ratio d'IA plus élevé et un taux de mortalité plus faible, les résultats s'avèrent contradictoires¹⁴.

Expérience de travail et niveau de scolarité

On note aussi un rapport entre le taux de scolarité et l'expérience de travail, d'une part, et la qualité des résultats pour les patients, d'autre part. Plusieurs études révèlent que les infirmières et infirmiers avec un baccalauréat s'ont plus à même de régler des problèmes, à communiquer efficacement, à accomplir des tâches complexes et à adopter des comportements essentiels à la sécurité accrue des patients. En outre, les taux de mortalité des patients sont plus faibles dans les hôpitaux qui embauchent plus d'infirmières et infirmiers avec un baccalauréat¹⁵.

Plus le personnel infirmier a de l'expérience, moins les patients risquent de subir des effets indésirables. Une étude canadienne conclut que plus les années d'expérience sont nombreuses, plus le taux de mortalité des patients diminue¹⁶.

Influence du milieu de travail sur l'état des patients

La solution—une communication efficace

On constate depuis quelque temps que le facteur qui affecte le plus la qualité des soins aux patients est l'efficacité de la communication entre les infirmières et infirmiers et les autres membres de l'équipe de soins de santé. Les auteurs d'une grande étude américaine portant sur près de 3 000 hôpitaux effectuée entre 1995 et 2004 ont conclu que le manque de communication entre les membres d'une équipe de soins constituait la cause première d'événements indésirables graves ou d'événements sentinelles dans 60 % des cas, la cause la plus courante étant le manque de communication sur l'état du patient pendant son transfert d'une équipe de soignants à l'autre¹⁷.

Il existe des liens positifs entre l'autonomie du personnel infirmier, une meilleure communication entre les membres de l'équipe, la qualité des soins et la satisfaction accrue au travail¹⁹. Misant sur une communication et des interventions de qualité, ainsi que sur une bonne coordination entre les fournisseurs de soins de santé, les membres de l'équipe peuvent rehausser la qualité des soins^{20,21} tout en améliorant les résultats pour les patients^{22,23}.

Collaboration

La collaboration entre les membres de l'équipe de soins demeure un élément clé des efforts investis pour offrir des services de qualité aux patients²⁴. Les rapports coopératifs entre le personnel infirmier et les médecins ont une incidence positive sur les décisions des infirmières et infirmiers quant aux soins dispensés²⁵ et atténuent le risque de séquelles néfastes comme la réadmission ou le décès des patients^{26,27}. Le séjour des patients tend à s'écourter et la qualité technique des soins²⁸ à s'accroître quand on observe des interactions efficaces et une aptitude éprouvée à communiquer et à résoudre les conflits.

Plus l'état du patient et les soins à dispenser sont complexes, plus la collaboration prend de l'importance²⁹. Les hôpitaux dont les patients chirurgicaux affichent le moins d'événements indésirables sont ceux qui ont recours au plus de méthodes de coordination variées³⁰. Dans ces hôpitaux, la qualité perçue des soins est supérieure, le taux de morbidité plus faible, les séjours plus courts et les événements indésirables moins fréquents.

Autres facteurs

Un solide leadership en matière de services infirmiers améliore les résultats pour les patients puisqu'il permet au personnel d'accroître son expertise et crée un milieu de travail plus stable³¹. Une étude sur les foyers de soins infirmiers révèle que plus la directrice ou le directeur d'un établissement reste longtemps en poste, moins on a recours aux techniques de contrainte et moins il y a complications liées à l'immobilité³².

Puisque les soins médicaux doivent être dispensés 24 heures sur 24, l'horaire des fournisseurs de soins de santé doit être organisé en quarts de travail. La période de transition entre deux quarts de travail, c'est-à-dire le moment où l'équipe de soignants quittant les lieux doit fournir des renseignements et confier d'importantes tâches à l'équipe arrivant sur les lieux, a une importance cruciale. Les études sur le moment de transition d'une équipe à l'autre dans les ailes de médecine interne révèlent que les erreurs de médication résultent souvent de pratiques fautives au moment du transfert; d'autres études indiquent toutefois que ces périodes de transition permettent parfois de corriger une situation et de contrer d'éventuels problèmes³³. Selon une étude menée sur une année dans cinq salles d'urgence au Canada et aux États-Unis, les transitions donnent parfois l'occasion au personnel de réévaluer l'état du patient par suite des questions soulevées par le personnel soignant qui entre en poste³⁴.

De nouvelles initiatives qui augmentent la sécurité des patients

Même si la sécurité des patients pose toujours des défis au personnel infirmier et aux autres professionnels de la santé, les changements systémiques ont grandement amélioré les conditions de travail des infirmières et infirmiers et la qualité des résultats pour les patients. Tel que mentionné plus haut, en rendant le personnel infirmier plus autonome et en augmentant les niveaux de dotation, on a réussi à réduire le nombre d'événements indésirables et le taux de mortalité des patients.

Deux rapports récents de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé^{15,35} ont évalué les études sur la dotation du personnel infirmier et la sécurité des patients et formulé plusieurs recommandations dont l'une qui précise que les infirmières et infirmiers qui dispensent des soins aux patients devraient être hautement scolarisés, réglementés et expérimentés. Les auteurs recommandent aussi l'adoption d'une définition normalisée de la dotation en personnel infirmier servant à comparer les résultats des

Un événement sentinelle (aussi appelé « événement critique », « effet indésirable grave » ou « occurrence clinique grave ») est un incident qui cause un grave dommage au patient (perte de vie, de membre ou d'organe vital), ou qui pose un important risque de dommage. On juge qu'un incident constitue un événement sentinelle lorsque, de toute évidence, un examen et une intervention s'imposent immédiatement¹⁸.

Sécurité des patients dans d'autres secteurs

Les études sur la sécurité des patients ont surtout mis l'accent sur les hôpitaux de soins actifs et peu d'entre elles ont examiné d'autres milieux de soins de santé, comme les soins à domicile, les soins communautaires et les soins de longue durée. Le personnel infirmier offrent pourtant des soins aux patients dans toutes sortes d'endroits où l'on dispense des soins de santé, à savoir les hôpitaux, les foyers de soins infirmiers, les cliniques médicales, les bureaux de médecins, les centres de santé communautaire, les domiciles privés, les postes de services infirmiers, les écoles et les lieux de travail. Les nouvelles données probantes révèlent que chaque milieu de soins est aux prises avec des problèmes de sécurité particuliers. C'est le cas des soins à domicile, par exemple³⁶, où :

- 1 l'environnement est moins contrôlé que dans un établissement et une grande partie des soins sont offerts par des travailleurs non autorisés, des membres de la famille et des aidants naturels dans des milieux de vie conçus pour encadrer la vie quotidienne plutôt que pour la prestation de soins de santé;
- 2 les clients, les familles, les aidants naturels et les fournisseurs de soins ont des fonctions interreliées et sont tous partie prenante de l'équation de sécurité du patient;
- 3 les questions de communication et de coordination sont problématiques à l'échelle des secteurs de service, des fournisseurs de services, des aidants naturels, des familles et des clients;
- 4 le recours aux technologies de soins de santé pose des défis dans des contextes de soins à domicile non contrôlés et non réglementés.

études et à enrichir la base de données probantes aux fins d'élaboration des politiques et de la pratique³⁵.

Plusieurs initiatives récentes intégrant les infirmières et infirmiers aux équipes multidisciplinaires ont donné lieu à des améliorations marquantes. Lancée en avril 2005, la campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! » a grandement contribué au succès des efforts mis en place pour améliorer la sécurité des patients au Canada³⁷. Cette campagne engageait la participation de plus de 170 organismes, y compris des hôpitaux, des districts de santé et plus de 544 équipes cliniques. Elle visait à améliorer la prestation des soins de santé en mettant l'accent sur la sécurité des patients et en revendiquant en faveur d'une coopération accrue entre tous les fournisseurs de soins de santé.

Plusieurs hôpitaux canadiens se servent maintenant de l'outil de communication SAER (situation, antécédents, évaluation, recommandation)³⁸. Il s'agit d'une série de questions incitatives standardisées qui favorisent la transmission de renseignements clairs, uniformes, pertinents et ciblés entre divers professionnels de la santé³⁹.

Un groupe d'hôpitaux canadiens de la région de Hamilton participait récemment à une initiative pilote pour améliorer la communication aux périodes de transition entre les quarts de travail. Prenant en compte les préoccupations des infirmières et infirmiers, on a adopté et mis sur pied, dans tout l'hôpital, une directive sur le transfert des responsabilités fondée sur les données probantes, de même qu'une liste de contrôle sur la sécurité au chevet des patients⁴⁰. L'approche normalisée face aux transitions de personnel améliore l'efficacité et la bonne

coordination des membres du personnel d'un quart de travail à l'autre et permet de communiquer en détail les besoins du patient.

En outre, la technologie joue un rôle clé dans la sécurité accrue des patients. À titre d'exemple, certains centres canadiens s'affairent à combiner les simulations et les services de télésanté pour offrir un contexte de travail sécuritaire aux professionnels de la santé afin qu'ils puissent pratiquer des interventions médicales et s'occuper de cas complexes^{41,42}. Ces simulations permettent au personnel infirmier, aux médecins et aux autres professionnels de la santé d'acquérir de l'expérience en traitement et en gestion des urgences, des imprévus et des situations difficiles, tout en améliorant le travail d'équipe, les techniques de communication et la gestion des ressources. La composante de télésanté facilite l'apprentissage à distance des professionnels.

Les infirmières et infirmiers sont les fournisseurs de soins de santé auprès desquels les Canadiens tendent à passer le plus de temps aux moments les plus vulnérables. Puisqu'ils assurent les services de première ligne dans de nombreux établissements de soins de santé (voir l'encadré), les infirmières et infirmiers militent depuis toujours en faveur de soins de qualité. Alors que les problèmes de sécurité des patients préoccupent davantage les systèmes de soins de santé nationaux et internationaux, les infirmières et infirmiers se retrouvent au premier rang des campagnes et initiatives engagées pour garantir aux patients des soins sécuritaires et de haute qualité. 🌟

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.



Recherche sur l'utilisation de la connaissance :

Glenn Irwin, Ph.D., Marie-Josée Therrien, Tiffany Thornton, Julie Creasey et Melissa Thornton, tous de la Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Les auteurs aimeraient souligner la contribution de Margaret Fitch, IA, Ph.D., Lesley Frank, M.A., John N. Lavis, MD, Ph.D., Michael Leiter, Ph.D., Marlene Smadu, IA, Ed.D., et Ellen Rukholm, IA, Ph.D.

Comment améliorer les conditions de travail du personnel infirmier?

Au cours des dernières années, plusieurs rapports clés ont formulé des recommandations sur l'amélioration des conditions de travail pour les professionnels de la santé. On connaît cependant peu de choses sur la façon dont ces rapports sont pris en compte et utilisés. Cet article présente les conclusions de cinq projets de recherche sur l'utilisation des connaissances et offre une réflexion sur le rôle possible des rapports dans l'amélioration des conditions de travail du personnel infirmier.

Susciter l'engagement de la collectivité des chercheurs

En 2002, une consultation auprès des cadres supérieurs effectuée à l'échelle du ministère par le Programme de recherche sur les politiques en matière de santé (PRPS) de Santé Canada a ciblé la recherche sur l'utilisation de rapports sur la qualité des milieux de travail des professionnels de la santé comme un domaine prioritaire ignoré par d'autres bailleurs de fonds.

Alors qu'un nombre grandissant de rapports sur la qualité des milieux de travail dans le domaine des soins de santé émettent des recommandations pour améliorer les conditions de travail et le système de soins de santé, on a besoin de données probantes sur la prise en compte de ces rapports et sur leurs effets. Afin d'établir si l'information, les recommandations et les stratégies des rapports ont servi à améliorer les conditions de travail dans le domaine des soins de santé et de quelle façon, le PRPS a lancé un appel de demandes en mars 2003. Le but global de la recherche consistait à étudier l'impact des rapports sur la création de milieux de travail plus sains pour les professionnels de la santé canadiens. Les objectifs spécifiques de la recherche étaient les suivants :

- étudier la dissémination de rapports clés;
- vérifier si les rapports étaient pris en compte et évaluer de quelle façon;
- enquêter sur la mise en oeuvre des recommandations des rapports;
- déterminer les barrières et/ou facilitateurs, tant pour la mise en oeuvre des recommandations que pour la création de milieux de travail sains pour les professionnels de la santé.

Cinq applications de politiques ont réussi le test de l'analyse de la pertinence stratégique et l'examen scientifique par les pairs. Les projets financés abordaient les objectifs de recherche à partir de perspectives diverses suivant une variété de méthodes, dont les enquêtes, les groupes de consultation et les études de cas.

Certains chercheurs ont englobé d'autres rapports dans leur recherche, mais les cinq projets sont axés sur quatre rapports clés sur les ressources humaines en santé :

- *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients and the System* (2001)¹
- *Créer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur de la santé* (2002)²
- *Notre santé, notre avenir—Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes* (2002)³
- *La planification des ressources humaines en santé au Canada—Les enjeux des professions médicale et infirmière* (2002)⁴



Pleins feux sur les recherches

Les résultats des cinq projets ont paru à l'été et à l'automne 2006. Répondant à l'intention originale de la demande d'applications, les chercheurs ont analysé les rapports en portant une attention particulière au transfert de connaissance et à la mise en œuvre des recommandations pour l'amélioration des conditions de travail de tous les professionnels de la santé. Les résultats des projets ont aussi permis de comprendre les conditions de travail actuelles du personnel infirmier ainsi que les facteurs briement ou favorisent le changement. Les conclusions ci-dessous sont axées sur les éléments suivants. Des informations détaillées sur les projets sont affichés sur le site de Santé Canada à : <http://hc-sc.gc.ca/sr-sr/finance/hprp-prpms/results-resultats/proj015_f.html>.

Données probantes venant des responsables des politiques et des chercheurs

Les conclusions d'un projet intitulé *The Supply, Distribution and Working Context of Health Professionals: Why Do Things (Almost) Never Change?* réalisé par John N. Lavis de l'université McMaster⁵ soulignent quelques points de vue similaires parmi les chercheurs et responsables de l'élaboration de politiques. Une large proportion de ces deux groupes, par exemple, estime que les organismes de recherche, les chercheurs et les responsables des politiques sont conjointement responsables de l'application des connaissances. Cependant, leurs points de vue divergent quant au fait que les larges défis posés par les relations intergouvernementales bloquent ou non l'élaboration des politiques relatives aux ressources humaines en santé. En effet, la plupart des chercheurs pensent que c'est le cas alors que les responsables de l'élaboration des politiques sont d'avis contraire. Mais c'est le seul point de divergence puisque tous reconnaissent l'influence d'autres facteurs sur l'élaboration de politiques relatives aux ressources humaines en santé.

Rapports sur les ressources humaines en santé étudiés : Pleins feux sur les recommandations

Les quatre principaux rapports comportaient plusieurs recommandations :

Promouvoir des milieux de travail qui valorisent les employés, appuient le leadership, reconnaissent l'ancienneté et récompensent les efforts et les réalisations.

Financer la formation continue et le développement professionnel et encourager l'apprentissage en milieu de travail.

Promouvoir la santé et la sécurité en milieu de travail (c.-à-d., fournir l'équipement adéquat, mettre en œuvre des politiques de prévention de la violence et des abus).

Veiller aux questions qui préoccupent le personnel (c.-à-d., offrir des salaires concurrentiels, pourvoir à la mixité des statuts à temps plein ou temps partiel, mettre en place une stratégie de ressources humaines en santé intégrée).

Veiller à l'attribution de charges de travail raisonnables (c.-à-d., employer le personnel de soutien qui permet d'assister le personnel infirmier, réduire les tâches autres qu'infirmières).

Effectuer un suivi permanent (c.-à-d., prévoir les demandes en ressources humaines en santé, l'état de santé du personnel infirmier, les dépenses).

Veiller aux questions de qualité de vie (c.-à-d., flexibilité des horaires, services de garde d'enfants).

Études de cas

Parmi les quatre études de cas effectuées dans le cadre des projets, deux sont directement liées aux soins infirmiers :

- le manque initial d'attention à l'environnement de travail des infirmières et infirmiers au cours de la période de restructuration et de restriction des effectifs dans les hôpitaux de l'Ontario et la mise sur pied du groupe de travail sur les soins infirmiers;
- la décision d'injecter des fonds publics pour les infirmières praticiennes à Terre-Neuve-et-Labrador pour corriger (en partie du moins) une répartition inadéquate des médecins.

Ces études démontrent qu'une plus grande application des connaissances a aidé à orienter l'attention politique sur l'environnement de travail du personnel infirmier. Cela a aussi rendu les réseaux stratégiques autrefois limités au personnel de direction en soins de santé et à l'administration gouvernementale plus accessibles à une gamme élargie d'acteurs sociaux. Cet engagement accru a permis de nouveaux choix stratégiques.

Données probantes sur le « terrain »

Tandis que les travaux de Lavis portaient sur l'application du savoir et sur son influence sur les politiques de ressources humaines en santé, le projet *Nursing Environments: Knowledge to Action*

(NEKTA), réalisé par Michael Leiter de l'Université Acadia, a analysé la prise en compte des connaissances dans ce domaine dans les provinces de l'Atlantique canadien⁶. Les résultats de Leiter démontrent une faible transmission des informations contenues dans les rapports. Bien peu de membres du personnel infirmier de première ligne connaissaient l'existence des rapports—à l'exception du rapport Romanow hautement publicisé dans les médias⁷. Cependant, les intervenants en soins de la santé et les planificateurs des ressources humaines en santé au gouvernement, les syndicats, les associations professionnelles, de même que les administrateurs des organisations en soins de santé utilisaient ces rapports de différentes façons, y compris en tant que sources d'information et outils de lobbying. Parallèlement à l'analyse du transfert et de l'utilisation des connaissances, le projet NEKTA a aussi fait ressortir quelques facteurs qui facilitent ou entravent la transmission et l'utilisation de l'information, soit la longueur et la lisibilité du rapport; les modes de dissémination; les rôles et charges de travail; ►

l'influence du disséminateur; l'acceptation dans les cercles de soins infirmiers et la quantité des ressources humaines et financières affectées à la diffusion des rapports.

Indices de changement positif

En dépit des obstacles à la transmission et à l'utilisation de l'information et du peu de familiarité avec les rapports, le projet NEKTA a démontré que les questions soulevées par les rapports à l'étude étaient des sujets de discussion et d'action dans toute la région concernée. À ce titre, l'étude rapporte des changements positifs dans les environnements où le personnel infirmier exerce au Canada Atlantique et ces changements gagnent du terrain au moment où les gouvernements, les écoles et les leaders de la profession infirmière s'attaquent aux besoins en main d'œuvre et à la qualité de vie au travail.

Les chercheurs ont mesuré les changements dans les environnements infirmiers suivant sept domaines clés :

- 1 **Bassin de main-d'œuvre** (stratégies des ressources humaines en santé, éducation, nombre d'infirmières et infirmiers en emploi, recrutement, maintien en poste);
- 2 **Charge de travail** (allègement de la charge de travail, ratio entre le personnel infirmier et les patients, personnel de soutien, équipement);
- 3 **Heures de travail** (statut d'emploi, horaires, heures supplémentaires);
- 4 **Travail et santé** (culture institutionnelle saine, santé des infirmières et infirmiers);
- 5 **Leadership en soins de santé** (participation du personnel infirmier à la gouvernance, portée des responsabilités du personnel infirmier en gestion, planification de la relève, appui aux gestionnaires);
- 6 **Portée de la pratique** (maximisation de la portée de la pratique, réexamen de la portée de la pratique);
- 7 **Systèmes d'information** (systèmes d'information intégrés sur les ressources humaines, évaluation de la charge de travail, autres systèmes en vigueur en milieu de travail comme les registres de santé électroniques).

Un changement positif est survenu dans la planification de la main-d'œuvre, le leadership, la portée de la pratique et

les systèmes d'information. Les succès sont aussi manifestes dans les stratégies provinciales en matière de soins infirmiers, les retraites progressives, l'éducation permanente, les nouvelles places au niveau des programmes universitaires de sciences infirmières, la conversion des postes occasionnels en postes à temps plein et des milieux de travail davantage centrés sur la santé (voir l'encadré ci-dessous).

Défis chroniques

On observe peu de changement dans d'autres domaines, comme la qualité de vie au travail. Les participants étaient découragés par la lenteur des progrès et ceci était particulièrement apparent au niveau du personnel infirmier, des gestionnaires et des administrateurs confrontés aux lourdes charges de travail, aux pénuries d'effectif et aux problèmes de maintien en poste du personnel. Le projet NEKTA souligne, par exemple, la question de l'épuisement professionnel chez les infirmières et infirmiers. La Figure 1 indique comment le personnel infirmier du Canada Atlantique se classe sur le plan de l'énergie et de l'efficacité, marquant la fatigue et la faible confiance en leur travail. Les infirmières et infirmiers affichent un résultat négatif dans cinq domaines de vie au travail qui peuvent contribuer à l'épuisement professionnel (voir la Figure 2) : *charge de travail* raisonnable (les demandes sont raisonnables dans le temps imparti et avec les ressources et l'énergie disponibles), *contrôle* (participation aux prises de décisions et l'autonomie personnelle), *récompense* (possibilité de reconnaissance et de travail satisfaisant), *équité* (respect, équité et justice sociale) et congruence des *valeurs* (entre les valeurs individuelles et organisationnelles). Le seul domaine affichant des résultats positifs est celui de la *collectivité* (le milieu social de travail, y compris l'appui et les conflits interpersonnels), mais ces résultats ne sont pas significatifs.

Éléments probants à l'égard des obstacles et des facilitateurs

La recherche réalisée par Marlene Smadu de l'université de Saskatchewan intitulée *Promoting High Quality Health Care Workplaces: Learning from Saskatchewan* était axée

Changements positifs observés dans le cadre du projet NEKTA

Mise sur pied de projets de formation étudiante (tels que les programmes favorisant le retour au travail du personnel infirmier en Nouvelle-Écosse et le programme d'incitation aux études en sciences infirmières pour les étudiants des régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador).

Plus de personnel infirmier au travail—à l'heure actuelle, on note un accroissement global du nombre d'infirmières et infirmiers enregistrés (IA) de 2003 à 2004 dans les quatre provinces de l'Atlantique.

Instauration d'équipes volantes à travers le Canada Atlantique diversifie l'offre d'emploi et crée plus de postes permanents.

Figure 1 : Épuisement professionnel/Profil d'engagement

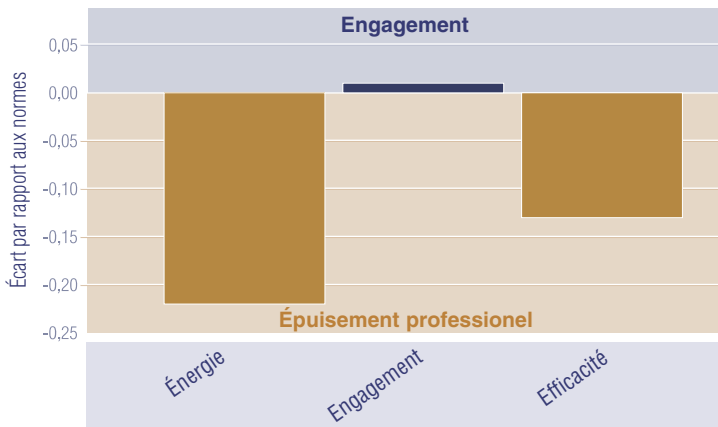
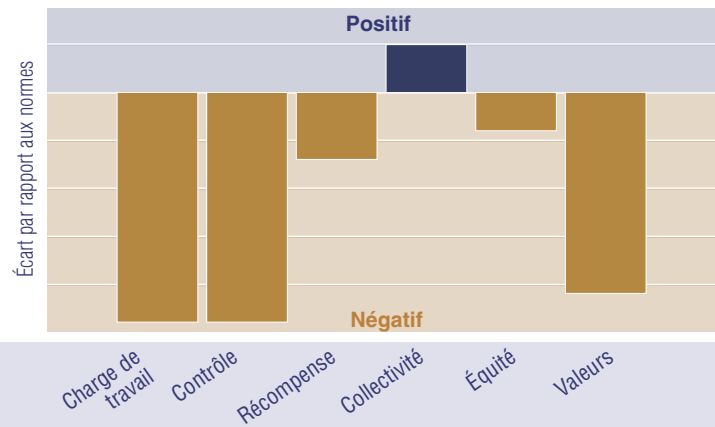


Figure 2 : Profil de la vie au travail



Source pour les Figures 1 et 2 : Leiter, 2006⁶.

sur les facteurs qui favorisent ou défavorisent l'application des connaissances⁸. Son rapport conclut que les participants à l'étude ignoraient l'existence de documents stratégiques particuliers qu'on leur mentionnait. Cependant, une communication efficace était vue comme un facteur critique menant à la création de milieux de travail de haute qualité et apte à assurer leur viabilité. On note d'autres facteurs favorables, comme la reconnaissance des employés, le respect et la confiance et l'équipe de travail. Les contraintes budgétaires étaient considérées comme un obstacle prépondérant, les travailleurs de première ligne notant que les décisions viennent des paliers supérieurs sans consultation ou presque. Le moral des employés, la charge de travail et le *Health Information Protection Act*, perçu comme ayant un effet négatif sur l'équipe de travail et la communication, sont également perçus comme des obstacles.

Le rapport recommande le recours à des programmes de leadership et à des stratégies de communication et de gestion du changement pour instaurer des milieux de soins de santé de haute qualité. Afin d'améliorer le transfert des connaissances et la prise de décision fondée sur les données probantes, les recommandations sont axées sur la dissémination des connaissances à des audiences ciblées, l'utilisation de précédés de délibération permettant des interactions face à face entre différents paliers

de décideurs et le recours à des réseaux d'utilisation des connaissances. Les recommandations suggèrent également la mise en place de mécanismes traditionnellement considérés comme plus personnels ou conversationnels, tels que les blogues, pages Web, procès-verbaux de rencontres ou infolettres.

Éléments probants dans une perspective régionale

Dans son rapport *Knowledge Utilization: Creating Quality Northern Rural Workplaces*⁹ Ellen Rukholm de l'Université Laurentienne met en lumière une région canadienne spécifique. Elle démontre que les gestionnaires intermédiaires et supérieurs ont peu ou pas connaissance des rapports et que ceux-ci ne leur sont pas distribués adéquatement. M^{me} Rukholm fait état de plusieurs obstacles à la mise en œuvre, dont le manque de pertinence, l'insuffisance des ressources et la concurrence des priorités. Son projet comprend des suggestions pour l'élaboration de politiques et de procédures favorables à une mise en œuvre qui : 1) serait transférable aux établissements nordiques; 2) faciliterait l'accès aux possibilités brimées par la distance; 3) développerait des capacités; 4) favoriserait le partage des ressources; 5) créerait des liens avec les réseaux locaux; 6) appuierait les normes d'accréditation; 7) inclurait un volet d'évaluation et 8) exposerait les attentes des leaders. ►

Réduction du nombre d'heures supplémentaires à certains endroits suivant la création de postes permanents.

Programmes d'assainissement des milieux de travail prévus dans les plans stratégiques des six sites de collecte de données.

Embauche de coordonnateurs au service de milieux de travail sains dans certains districts de santé.

Appui aux gestionnaires de première ligne, misant sur la formation, les conférences sur le leadership et d'autres modes de perfectionnement.

Éléments probants dans le domaine de l'oncologie

Margaret Fitch du Sunnybrook Health Sciences Centre se penche sur un domaine de soins infirmier particulier dans *Canada's Experience Translating Workplace Knowledge in Cancer Settings*¹⁰. Les statistiques sur le cancer révèlent une croissance régulière quant à son incidence et un bond quant au traitement des maladies chroniques. Ceci a de graves incidences pour les charges de travail, à tel point qu'on peut s'attendre à ce qu'une partie substantielle de la demande future pour les services de soins infirmiers vienne du domaine de l'oncologie.

La connaissance des rapports stratégiques dans les cadres de soins en oncologie était plus faible que prévu chez les décideurs supérieurs, instigateurs majeurs de changement, chez les gestionnaires et chez le personnel infirmier. La plupart de ceux qui connaissent ces rapports stratégiques utilisent cette information pour valider leurs idées ou renforcer un projet en place. Le principal obstacle perçu à l'utilisation des rapports est d'origine organisationnel (p. ex., les contraintes et le manque d'infrastructures organisationnelles).

Les chercheurs ont observé plusieurs changements pour améliorer les conditions du milieu de travail pour le personnel infirmier dans les milieux oncologiques, comme des initiatives pour résoudre les questions du recrutement et de maintien en poste, l'augmentation du soutien clinique, le perfectionnement professionnel et la reconnaissance de l'importance de la santé et du bien-être. Cependant, les rapports ont été peu consultés directement pour cerner, planifier ou mettre en place des projets et on a effectué peu d'évaluations systématiques en vue d'évaluer les améliorations du milieu de travail pour le personnel infirmier en oncologie. Les répondants ont néanmoins déterminé plusieurs facteurs de succès, dont une collaboration accrue, l'engagement, la clarté des résultats attendus, la responsabilisation face au partage des connaissances et au potentiel de viabilité.

Rôle des rapports

Dans l'ensemble, que révèlent ces projets de recherche quant à l'utilité des rapports sur les conditions de travail du personnel infirmier? Quels rôles peuvent jouer ces rapports? Comment pourrait-on les rendre plus efficaces? De quoi avons-nous besoin pour améliorer les conditions de travail du personnel infirmier?

Prendre en compte les éléments probants de changement positif émergents

De façon concrète, les conditions de travail des infirmières et infirmiers sont déterminées par les environnements physiques, institutionnels et sociaux immédiats au sein desquels ils évoluent. La responsabilité des conditions de travail incombe aux superviseurs de première ligne et aux administrateurs locaux. Mais d'après les recherches résumées ci-dessus, c'est eux qui ont le moins tendance à être au courant des rapports visant à améliorer les conditions de travail du personnel infirmier. Comme le démontrent Leiter et Fitch^{6,10}, on a observé des améliorations dans des domaines traités dans les rapports. Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les rapports sont à l'origine des changements apportés. Dans certains cas, ils peuvent avoir favorisé la discussion, source de nouvelles idées et méthodes au service des superviseurs de première ligne et des administrateurs, ou ils peuvent avoir modifié les contraintes propres au milieu de travail.

Soulever la question

Les rapports ont certainement eu pour effet de mettre la question des conditions de travail du personnel infirmier à l'ordre du jour politique. En raison de la responsabilité qui incombe au gouvernement de pourvoir aux soins de santé et à leur financement, de même qu'à ses activités de planification des ressources humaines en soins de santé et en éducation, il est peu probable que les conditions de travail des infirmières et infirmiers s'améliorent sans qu'on ne leur prête une attention explicite dans la planification gouvernementale et les procédés décisionnels.

Obstacles à l'amélioration des milieux de travail

Le PRPS met en lumière les obstacles au changement suivants :

Communication médiocre : L'information n'est pas toujours accessible à tous les niveaux du personnel. Les attentes ne sont pas claires, à savoir qui est responsable de la mise en œuvre du changement?

Manque d'adhésion : Le changement exige une collaboration entre une multitude d'acteurs, certains plus enclins que d'autres à accepter le changement. Il est difficile d'en arriver à un accord quant au plan d'action approprié à adopter.

Manque de ressources : L'instauration de changements exige des ressources financières et humaines, deux éléments dont on est souvent à court.

Favoriser la collaboration

Les rapports ont aussi élargi l'éventail des participants et des intérêts en cause dans les débats stratégiques sur le sujet. Ils ont pourvu les décideurs et autres dirigeants supérieurs d'éléments de preuve pour valider leurs propres idées, défier les autres, évaluer les initiatives de changement ou faire du lobbying en faveur du changement. Ainsi, les rapports ont élargi l'éventail de choix stratégiques.

Améliorer le transfert et l'utilisation

Les éléments probants des projets du PRPS ne démontrent pas que les rapports auraient pu jouer quelque autre rôle important dans l'amélioration des conditions de travail du personnel infirmier si plusieurs de ses membres, ainsi que les superviseurs de première ligne et les administrateurs locaux, en avaient pris connaissance. Il pourrait néanmoins être possible d'accroître le transfert et l'utilisation de ces connaissances. On aurait pu réduire certains défis des infirmières et infirmiers (comme le découragement face à la lenteur des changements, la qualité de vie au travail, la communication, la reconnaissance des employés et l'équipe de travail) si le personnel infirmier, les superviseurs ou les administrateurs avaient été informés des conclusions des rapports et si on leur avait donné la chance d'en discuter dans leur propre milieu de travail.

Si ces rapports ainsi que d'autres documents similaires peuvent jouer un plus grand rôle dans l'amélioration des conditions de travail du personnel infirmier, comment pourraient-ils être plus efficaces? Les projets décrits ici confirment l'importance de la dissémination de l'information par des mécanismes et dans des formats appropriés pour l'auditoire à atteindre. Leiter note, par exemple, que c'est la grande visibilité du rapport Romanow⁷ dans les médias qui a permis aux parties intéressées d'en prendre connaissance. Plusieurs projets citent aussi le nombre de rapports et leur lisibilité comme des facteurs importants⁶. La recherche effectuée par Rukholm et Fitch démontre que l'inclusion de thèmes particuliers à certains segments de l'auditoire cible améliorerait peut-être la portée et

l'effet de tels rapports^{9,10}. En outre, Lavis note que les deux groupes formés par les chercheurs et les responsables de l'élaboration de politiques se considèrent conjointement responsables du transfert des connaissances⁵. Ainsi, la capacité institutionnelle de recevoir, d'absorber et de répondre à de tels rapports affecte leur efficacité.

Un regard vers l'avenir

Cette recherche a produit une riche source de données sur les obstacles à la mise en oeuvre des recommandations des rapports, y compris les budgets, la charge de travail, les priorités contradictoires et l'absence d'infrastructures organisationnelles. Ces facteurs sont liés à des questions comme le degré de distribution des ressources dans le système de soins de santé, la demande pour divers types de services de santé et des demandes contradictoires qui s'exercent sur le système de soins de santé et sur ses ressources organisationnelles. Alors que des questions plus larges posent ultimement quelques limites quant au possible, ce type de rapport peut aider à axer l'attention sur les conditions de travail du personnel infirmier quand les enjeux plus larges sont pris en compte.

Tel que souligné dans l'entrevue en page 3 et confirmé dans les conclusions des rapports du PRPS, les conditions de travail des infirmières et infirmiers semblent s'améliorer. Porté par cet élan favorable, le savoir émergent sur les « facilitateurs » de transfert et d'utilisation de la connaissance stimulera l'action et aidera à rehausser les conditions de travail du personnel infirmier. En retour, ces efforts aideront à concrétiser les buts de la stratégie nationale du Canada relativement aux ressources humaines en santé. Le prochain article explique plus en détail les volets de cette stratégie. 🌀

@ *Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.*

Objectifs contradictoires : Les objectifs politiques peuvent différer des objectifs des organismes de santé et sont sujets à des changements.

Manque de contexte : Certaines recommandations peuvent être vagues si elles ne fournissent aucune orientation menant à l'action ou si elles ne s'appliquent pas à tous les contextes.

Contraintes de temps : Les priorités immédiates (c.-à-d., crises sanitaires, négociations des conditions de travail) prennent le pas sur les buts à long terme. Les charges de travail limitent le temps disponible pour l'application des connaissances.

Robin Buckland, IA, M.S.I.,
Venetia Lawless et
M. Ian Bowmer, MD, tous de la
Division des stratégies des
ressources humaines en santé,
Direction générale de la politique
de la santé, Santé Canada

La force de la collaboration

Cet article examine les investissements récents et les efforts conjoints déployés dans le cadre de la Stratégie de planification pancanadienne des ressources humaines en santé. Il démontre aussi en quoi le Cadre de planification concertée des ressources humaines en santé à l'échelle pancanadienne constitue un puissant levier stratégique pour améliorer les conditions de travail des fournisseurs de soins de santé du Canada.

De saines conditions de travail pour tous les fournisseurs de soins de santé

Le personnel infirmier constitue la pierre angulaire du système de soins de santé canadien et un important volet des ressources humaines en santé. De fait, il joue un rôle clé à tous les niveaux des soins de santé. Mais puisque les infirmières et infirmiers constituent une composante essentielle de l'équipe de soins de santé, les problèmes qu'ils éprouvent, y compris ceux liés aux conditions de travail, affectent le bon fonctionnement de l'équipe entière.

Les services de santé de qualité sont nécessairement tributaires d'une main-d'œuvre en santé. La promotion de saines conditions de travail pour tous les fournisseurs de soins de santé constitue un puissant levier. Mais comme l'illustre la Figure 1, les solutions doivent venir de plusieurs niveaux et favoriser la coopération entre une panoplie d'intervenants et d'acteurs.

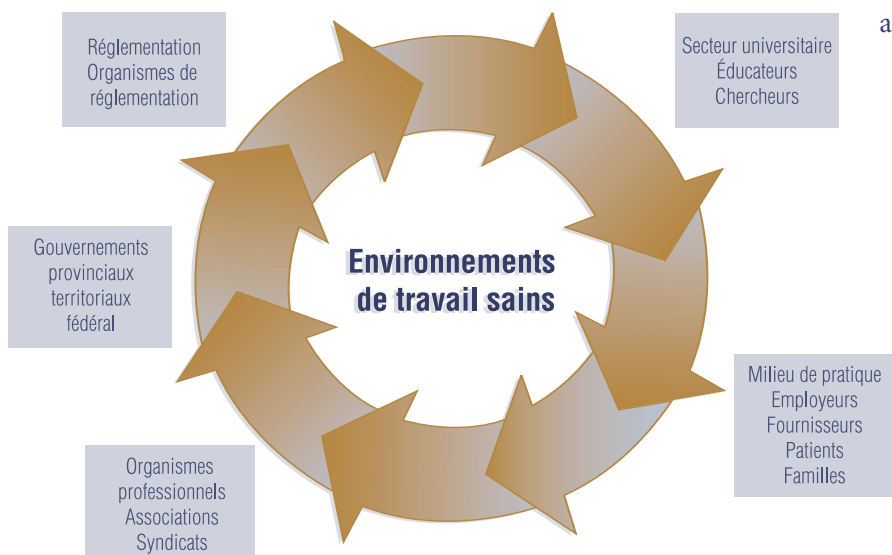
Une influence à plusieurs niveaux

Une récente étude¹ fait ressortir de grands éléments à prendre en compte pour instaurer des milieux de travail de haute qualité dans le secteur des soins de santé (voir la Figure 2). Les articles précédents ont abordé plusieurs de ces éléments (p. ex., problèmes liés aux ressources humaines, information, systèmes et structures). La Figure 2 présente d'autres éléments clés pouvant faciliter le changement. On a constaté que l'appui des superviseurs facilite la conciliation des responsabilités professionnelles et personnelles et la transparence du processus décisionnel, ce qui habilite l'effectif dans un milieu de travail sain (**leadership**).

L'habilitation du personnel suppose aussi une plus grande autonomie et de meilleures pratiques en milieu de travail. Il en découle une plus grande équité au travail et une équipe de gestionnaires plus polyvalente (**relations de travail**).

Il est clair que les influences se font sentir à plusieurs niveaux et que les occasions d'agir sont nombreuses. Même si plusieurs champs d'intervention sont bien connus, le changement suppose l'engagement de nombreuses parties intéressées. Le gouvernement fédéral, en partenariat avec les intervenants clés, joue un rôle de premier plan dans la promotion de milieux de travail sains pour les fournisseurs de soins de santé canadiens en examinant toutes les composantes de la planification des ressources humaines en santé qui affectent les conditions de travail.

Figure 1: La force de la collaboration



Suivi à un accord fédéral, provincial, territorial

Les fournisseurs de soins de santé du Canada font partie du paysage évolutif des soins de santé, lui-même tributaire de facteurs changeants comme le vieillissement de la population et les réformes de l'effectif et des soins de santé (p. ex., les garanties quant au temps d'attente des patients). Les ressources humaines en santé constituent le plus grand atout du système de soins de santé. De fait, l'aptitude du Canada à garantir l'accès à des services de santé efficaces, de haute qualité, sécuritaires et axés sur les patients tient à la présence d'une gamme élargie de fournisseurs de soins de santé dotés de compétences assorties et en place au bon endroit, au bon moment.

L'Accord de 2003 sur le Renouvellement des soins de santé signé par tous les premiers ministres du pays a donné lieu à un programme qui s'inspire des diverses consultations menées auprès des Canadiens, y compris la Commission Romanow². Dans le sillon de cet Accord, la *Stratégie de planification pancanadienne des ressources humaines en santé* tente d'établir et de maintenir en poste un effectif de la

Les gens qui assurent les soins, c'est-à-dire les ressources humaines en santé, sont au cœur de tout système de soins de santé.

santé stable et optimal, tout en soutenant l'ensemble des efforts de renouvellement des soins de santé³. Les trois composantes de la stratégie comportent d'importants leviers stratégiques qui servent à garantir aux fournisseurs de soins de santé canadiens des conditions de travail saines. La section suivante décrit chaque composante et fait ressortir les grandes réalisations à ce jour^{3,4}.

La stratégie : Le point sur le progrès accompli

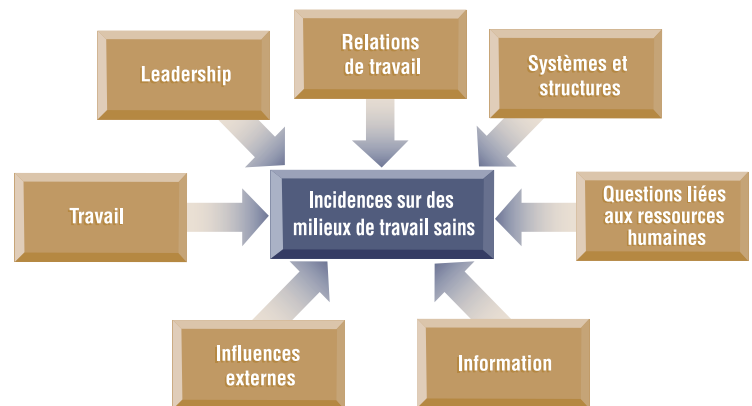
Formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP)

... changer la façon de former les fournisseurs de services de santé pour que la population canadienne puisse mieux accéder et plus vite aux services de santé dont elle a besoin lorsqu'elle en a besoin, ce qui augmentera éventuellement la satisfaction des patients et des fournisseurs de services

L'avenir des soins de santé pourrait bien passer par une pratique en collaboration interprofessionnelle centrée sur le patient⁵. Les pratiques axées sur la collaboration et le patient favorisent la participation active de chaque discipline en optimisant l'engagement du personnel dans les décisions cliniques au sein de chaque discipline et entre les disciplines, tout en inspirant le respect face aux contributions de chaque professionnel⁶. Comme l'indiquent de plus en plus clairement les données probantes, un programme axé sur la collaboration et le travail d'équipe accroît le niveau de satisfaction au travail et est à la base même d'un milieu de travail sain.

La pratique en collaboration centrée sur le patient est une orientation de la pratique, une façon qu'ont les professionnels des soins de santé de travailler ensemble et auprès des patients.

Figure 2 : Grands thèmes à la base de milieux de soins de santé de haute qualité



Source : Adapté de Smađu et coll., 2006¹.

La composante de FIPCCP de la stratégie appuie fortement l'éducation interprofessionnelle et la pratique en collaboration centrée sur le patient. Elle a permis d'élaborer un cadre théorique, de financer 20 projets d'apprentissage à l'échelle du Canada et d'établir le Consortium canadien pour l'interprofessionnalisme en santé⁷ pour aider à déceler les pratiques prometteuses. Tous ces efforts contribuent à enrichir la base de données probantes de la FIPCCP et, par extension, à promouvoir de bonnes relations de travail et des milieux de travail sains pour les fournisseurs de soins de santé de demain. Voici un aperçu d'autres réalisations en ce sens :

- les efforts déployés pour appuyer la collaboration interprofessionnelle, misant sur la détermination des obstacles précis susceptibles d'empêcher les professionnels de la santé de travailler ensemble;
- les initiatives éducationnelles axées sur les partenariats de collaboration interprofessionnelle pour des soins centrés sur les patients et les familles.

Recrutement et maintien en poste des professionnels et fournisseurs de soins de santé

... inciter davantage de personnes à investir le secteur de la santé et améliorer les conditions de travail pour qu'elles y restent actives

Il existe un déséquilibre réel et persistant de la disponibilité des fournisseurs de soins de santé dans un large éventail de disciplines. La demande de services augmente alors même que la main-d'œuvre continue de vieillir; et au fur et à mesure que les milieux de travail se globalisent, le recrutement et le maintien en poste efficaces des ressources humaines en santé deviennent essentiels⁴. Il est clair que la pénurie actuelle exerce des pressions indues sur l'effectif restant. Cette composante de la Stratégie s'attaque au problème de pénurie, faisant appel à une approche à plusieurs volets.

Entre autres efforts engagés à cette fin, soulignons une campagne promotionnelle menée en partenariat avec

l'Association médicale canadienne et l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada axée sur les professions de la santé, en général, et sur le recrutement des jeunes, en particulier.

En outre, les responsables de l'initiative sur les professionnels de la santé diplômés à l'étranger ont conclu des partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour faciliter l'évaluation et l'intégration de ces professionnels au système canadien de soins de santé. Cette initiative vise, entre autres, à alléger la charge de travail de fournisseurs de soins de santé déjà surchargés de travail par le système.

L'Initiative de la promotion de la santé en milieu de travail (IPSMT) s'avère une composante clé du volet de recrutement et de maintien en poste de la stratégie. Les efforts engagés en ce sens militent en faveur de changements positifs et d'une définition commune de ce qui constitue un milieu de travail sain en définissant les projets novateurs qui favorisent de saines pratiques en milieu de travail.

Il s'agit avant tout d'appuyer les mesures actuelles engagées par les organismes de soins de santé pour établir et conserver des milieux de travail sains en décelant les symptômes caractéristiques de milieux de travail malsains, en mettant l'accent sur les soins de première ligne ou les services de santé connexes, et en appuyant les projets qui permettent d'améliorer :

- les milieux de travail
- la santé et le bien-être du personnel des soins de santé
- le niveau de satisfaction au travail et la qualité de la vie professionnelle

Quatre millions de dollars ont été investis en ce sens dans une série de projets provinciaux et nationaux⁸. À Terre-Neuve-et-Labrador par exemple, le projet *Creating a Culture of Safety* encourage une culture institutionnelle axée sur la sécurité au travail tout en favorisant un juste équilibre entre les besoins de santé mentale, émotive et physique des employés. Au Québec, le Centre universitaire de santé de l'Université McGill a pour objet d'assainir les milieux au travail et d'inciter les organismes à régler les problèmes affectant leur personnel grâce au *Programme inter-hospitalier de recherche-action sur le climat de travail*. Au Manitoba, le *Healthy Workplace Project* de la Winnipeg Regional Health Authority s'efforce d'améliorer le moral, la productivité et la satisfaction au travail du personnel de la santé et à réduire le nombre d'accidents et le taux d'absentéisme au travail, en misant sur une culture d'assainissement des milieux de travail.

Les données probantes font ressortir l'urgence de recruter et de maintenir en poste des professionnels clés pour garantir l'accès de la population canadienne aux soins de santé.

Une approche plus intégrée relativement à la planification de l'effectif de la santé qui tient compte la complexité du système de soins de santé du Canada et de ses constants défis.

D'autres activités sont en cours dans le cadre de l'IPSMT, dont les suivantes :

- le projet Qualité de vie au travail-Collaboration en matière de soins de santé qui cherche à mettre au point une stratégie d'action intégrée pour transformer la qualité de la vie professionnelle des fournisseurs de soins de santé canadiens;
- une étude qui favorise le maintien en poste et la valorisation du personnel infirmier d'expérience en encourageant l'adoption de pratiques saines et innovatrices en milieu de travail;
- la mise en commun des pratiques au moyen d'une série d'activités de partage des connaissances;
- le soutien aux stratégies d'assainissement des milieux de travail dans le domaine des soins à domicile et des soins communautaires.

À long terme, l'IPSMT stimulera les mesures de recrutement et de maintien en poste des professionnels et fournisseurs de santé, la qualité des soins aux patients, la sécurité des patients et l'excellence opérationnelle.

Planification pancanadienne des ressources humaines en santé

... disposer d'une main-d'œuvre suffisante et bien répartie entre les diverses disciplines pour répondre aux besoins de la population du Canada

Cette composante vise à garantir que le Canada possède le bon assortiment de fournisseurs de soins de santé, maintenant et dans les années à venir, en examinant les tendances, les lacunes, les risques propres à l'effectif de la santé et en établissant un processus qui encourage les décisions coopératives.

Le progrès réalisé jusqu'ici est prometteur. Il reflète les travaux engagés dans le cadre du projet de développement des bases de données sur les ressources humaines en santé et de la base de données intergouvernementale sur les relations de travail en santé. Ces projets aideront les planificateurs à prévoir les ressources humaines en santé requises pour alléger le fardeau des fournisseurs de première ligne, à améliorer les conditions de travail et, en fin de compte, à rehausser la qualité des services de soins de santé. Ces travaux incluent la modélisation projective des ressources en médecins et en ressources humaines en santé, en vue de mettre sur pied un réseau d'experts stratégiques et techniques.

Cadre de collaboration pancanadienne pour la planification des ressources humaines en santé

Le Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (un comité fédéral, provincial et territorial relevant de la Conférence des sous-ministres de la Santé) élaborait récemment un cadre de collaboration

pancanadienne pour la planification des ressources humaines en santé afin d'esquisser ce que seront, dans le futur, la planification des ressources humaines en santé et la prestation des services de santé au Canada⁹. Ce cadre s'avérera fort utile en vue d'améliorer les milieux de travail des fournisseurs de soins de santé.

Dans l'approche envisagée, chaque compétence continuera de planifier son propre système de soins de santé, de produire ses propres modèles de services et d'élaborer et d'appliquer ses propres politiques et plans de ressources humaines en santé. Ces efforts s'inscriront toutefois dans un cadre pan-canadien. Ceci favorisera le partage de l'information, l'engagement de mesures coopératives et, par conséquent, la détermination du nombre et de l'assortiment idéaux de fournisseurs pour combler le plus efficacement les besoins et accroître l'aptitude de chaque compétence à¹⁰ :

- prévoir le nombre, l'assortiment et la répartition idéaux de fournisseurs de soins de santé, prenant en compte la nature du système, les modèles de prestation de services et les besoins de santé de la population;
- collaborer étroitement avec les employeurs et avec les établissements d'enseignement afin de bâtir une main-d'œuvre de la santé ayant les compétences et les habiletés

Une vision d'un milieu de travail plus satisfaisant et plus encourageant pour les fournisseurs de soins de santé qui passe par une planification coopérative stratégique des ressources humaines en santé à l'échelle fédérale, provinciale et territoriale.

requis pour fournir des soins sécuritaires et de haute qualité, pour travailler dans des contextes innovateurs, pour réagir au contexte changeant du système de soins de santé et pour répondre aux besoins de santé évolutifs de la population;

- doter le pays du bon assortiment de fournisseurs de soins de santé et bien répartir ces ressources à travers les modèles de prestation de service qui exploitent au maximum leurs divers talents;
- établir et maintenir une main-d'œuvre viable et lui permettre d'évoluer dans des milieux de travail sains et sécuritaires.

Les buts et objectifs définis sont axés sur l'amélioration de la planification des ressources humaines en santé, en général, et de la qualité des milieux de travail, en particulier. La réussite de l'entreprise dépend toutefois de l'engagement des partenaires envers une approche plus coopérative¹⁰. L'encadré ci-dessous décrit les grands facteurs de réussite qui sous-tendent la bonne application du cadre et le ferme engagement.

Conclusion

Puisque les fournisseurs de soins de santé constituent le plus grand atout du système de soins de santé du Canada, il va de soi que leur santé et leur bien-être affectent la qualité des soins qui y sont offerts. Des milieux de travail sains donnent lieu à des fournisseurs de soins en santé, ce qui aide tous les ordres de gouvernement, tous les organismes de la santé, toutes les associations de professionnels de la santé, voire les fournisseurs eux-mêmes, à se doter d'un système de soins de santé solide et viable.

Tel qu'indiqué dans l'article en page 13, « les problèmes inhérents au milieu de travail et à la main-d'œuvre exigent une approche coopérative et l'intervention de tous les ordres de gouvernement, en partenariat avec les fournisseurs de soins de santé de première ligne, les organismes professionnels et d'autres parties intéressées ». Le *Cadre de collaboration pancanadienne pour la planification des ressources humaines en santé* fédéral, provincial et territorial constitue un important levier stratégique dont le pouvoir réside dans les efforts coopératifs soutenus engagés à cette fin. 🌟

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.

Grands facteurs de réussite

| Grand facteur de réussite | Contexte |
|---|--|
| Engagement pertinent des parties intéressées | <ul style="list-style-type: none"> • Modèles de prestation fondés sur les modèles de santé de la population • Profil changeant des habiletés et compétences • Consultation et communication en temps utile |
| Leadership fort et ressources adéquates | <ul style="list-style-type: none"> • Chefs de file à tous les niveaux • Solide appui envers les activités de planification coopérative des ressources humaines en santé et envers une vision commune • Ressources nécessaires pour appuyer les fonctions de planification |
| Compréhension éclairée des rôles et responsabilités | <ul style="list-style-type: none"> • Règlement de problèmes spécifiques par les échelons appropriés |
| Accent mis sur les questions intergouvernementales | <ul style="list-style-type: none"> • Valeur ajoutée • Outils pour aider à mieux planifier • Priorités fondées sur la consultation |
| Changements touchant le système ou la culture institutionnelle | <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de bien saisir le paysage culturel actuel • Aptitude à instaurer le changement • Fournisseurs de soins de santé perçus comme un précieux atout • Détermination des problèmes de recrutement et de maintien en poste • Décisions qui favorisent la création de milieux de travail sains et le niveau de satisfaction au travail |
| Polyvalence | <ul style="list-style-type: none"> • Aptitude à réagir aux changements affectant la nature du système et aux effets de ces changements sur les ressources humaines en santé |



Qui fait quoi?

Qui fait quoi? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui présente les chercheurs clés s'intéressant aux politiques sous l'angle d'une thématique particulière. Cet article présente des projets nationaux et divers intervenants traitant des conditions de travail du personnel infirmier. Vu l'importance d'une approche coopérative, ces initiatives engagent les intervenants à plusieurs niveaux, y compris les partenaires provinciaux.

Julie Creasey, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

L'auteure remercie Sandra MacDonald-Rencz, Bureau de la politique des soins infirmiers, Direction générale de la politique de la santé (DGPS), Santé Canada, pour son aimable collaboration.

Gouvernement du Canada

Santé Canada

Bureau de la politique des soins infirmiers (BPSI)

Le BPSI travaille à l'établissement de milieux de travail de qualité au Canada et dans le monde, avec des projets de premier plan menés dans le cadre de la *Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé*, comme une stratégie nationale d'éducation interdisciplinaire et la Healthy Workplace Initiative (voir page 38).

Division des stratégies des ressources humaines en santé (DSRHS)

La DSRHS gère les trois projets de la Stratégie (voir l'encadré) et s'occupe d'élaborer des politiques et de donner des conseils sur les priorités en matière de ressources humaines en santé. En outre, la DSRHS offre des services de secrétariat au Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des services de santé et les ressources humaines.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)

La DGSPNI s'occupe de la mise en œuvre de la Stratégie relative aux ressources humaines en santé vue sous l'angle des Premières nations et des Inuits. En 2005–2006, Santé Canada a financé 10 projets dans le cadre de ce volet de la Stratégie (aller à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/ar-ra-2006/abor-autoch_f.html>).

Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données (DMSAD)

La DMSAD a mis au point des modèles de prévision de la demande en matière de personnel infirmier autorisé ainsi que des modèles de prévision de l'offre et de la demande par région concernant les médecins dans l'ensemble du Canada. Comme ces modèles ont pour but de cerner les lacunes dans l'offre et la demande, ils sont utiles pour l'élaboration des politiques.

Principales initiatives coopératives

Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé

<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/index_f.html>

Tel que mentionné à la page 36, la Stratégie vise à établir et à maintenir des effectifs de santé stables et bien formés ainsi qu'à soutenir le renouvellement général des soins de santé en misant sur trois projets :

1. La planification pancanadienne des ressources humaines du secteur de la santé;
2. La formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FIPCCP);
3. Le recrutement et la rétention en poste (RMP) des fournisseurs de soins de santé et des professionnels de la santé.

Édifier une main-d'œuvre en santé publique pour le 21^e siècle : un cadre pancanadien pour la planification des ressources en santé publique

<http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/pdf/building_the_public_health_workforce_fo_%20the-21st_e.pdf>

Ce cadre a pour but d'augmenter les efforts de planification au sein des diverses administrations ainsi que la capacité de recrutement/rétention du personnel infirmier, d'établir des effectifs de santé interprofessionnels dans le système de santé public, et de maintenir un personnel stable et abordable dans des milieux de travail sains et sûrs.

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

<<http://www.buildingthefuture.ca/f/>>

Récemment terminée, cette **étude nationale en deux phases sur le secteur infirmier** a été parrainée et dirigée par des groupes d'intervenants du secteur infirmier au Canada.

Canadian Nursing Leadership Study

<<http://www.nursingleadershipstudy.ca>>

Dirigée par l'University of Western Ontario School of Nursing, cette étude expose l'état des structures de leadership et de gestion des soins infirmiers dans les hôpitaux canadiens.

Agence de santé publique du Canada

La Division du perfectionnement de la main-d'œuvre

Avec ses intervenants et ses partenaires, l'Agence s'emploie à mobiliser l'action pancanadienne pour améliorer les effectifs de santé au Canada. Son champ d'action couvre la planification des ressources humaines en santé au niveau public; la formation, les stratégies de recrutement et de rétention en poste, l'élaboration de profils de compétences ainsi que les possibilités de développement professionnel et de formation didactiques axés sur la pratique et les incitatifs pertinents.

Statistique Canada

Grâce au financement de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de Santé Canada, le Ministère a récemment mené l'*Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier* (voir page 17).



Organismes de recherche

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

<http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=hhrdata_nursing_f>

L'ICIS fournit des données et des résultats de recherche sur divers aspects de la profession infirmière et des ressources humaines en santé. Son travail comprend :

- la participation à l'*Étude nationale de la profession des soins infirmiers* dirigée par Développement des ressources humaines Canada
- la préparation d'un ensemble pancanadien minimal de données sur l'offre établissant et validant les besoins prioritaires en matière de renseignements sur les ressources humaines en santé, les indicateurs pertinents et les éléments de données recueillies de façon normalisée dans l'ensemble du Canada.



Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS)

<http://www.chsrf.ca/research_themes/nlop_f.php>

Le thème « leadership, organisation et politique des soins infirmiers » est l'un des thèmes de recherche essentiels de la FCRSS. Parmi les projets de recherche en cours, citons : *Comprendre les facteurs qui influencent le recrutement et le maintien du personnel infirmier spécialisé en oncologie*

et *Integrating New Nursing Graduates in the Workplace: Strategies for Retention and Career Development*.

Instituts de recherche en santé du Canada—Institut des services et des politiques de la santé (ISPS)

<<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/13733.html>>

L'ISPS s'applique à renforcer le système de santé du Canada par la recherche sur les politiques et les services de santé. Il dirige conjointement avec la FCRSS l'initiative *À l'écoute : Consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé*. Les phases I et II sont terminées et la planification du troisième volet est en cours.

Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit

<<http://www.nhsru.com/index.html>>

Ce projet coopératif est mené conjointement par la faculté des sciences infirmières de l'Université de Toronto et l'école de soins infirmiers de l'Université McMaster. Il porte sur la recherche et diverses autres formes d'enquête pour aider, au niveau de la direction, la prise de décision fondée sur les données probantes en matière d'efficacité, d'efficience, de qualité, d'équité et d'utilisation des services et des soins de santé en Ontario.

Associations et organismes professionnels

Conseil canadien d'agrément des services de santé—Qualité de vie au travail—Collaboration en matière de soins de santé de qualité

Financé par la Stratégie, le Conseil canadien d'agrément des services de santé administre une coalition de 11 organismes de santé nationaux et plus de 45 spécialistes de la qualité de vie au travail travaillant sur une stratégie nationale de changement pour les patients et les professionnels dans le domaine de la santé.

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC)

L'AIIC a créé le portail Internet *Inf-Fusion* pour mettre le personnel infirmier en contact avec des sources de renseignements opportunes et faciles d'accès sur tous les aspects des soins de santé. *Inf-Fusion* est particulièrement utile pour le personnel travaillant dans les régions rurales et isolées ainsi que dans les collectivités inuites et des Premières nations (aller à : <<http://www.nurseone-inf-fusion.ca/splash.html>>).

Qui fait quoi?, suite à la page 45 ►



Le SAVIEZ-VOUS

Le saviez-vous? est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui examine divers aspects de l'information, des données et des études sur la santé pouvant donner lieu à des idées fausses. Le présent numéro a recours aux données actuelles pour appuyer—ou réfuter—des perceptions courantes concernant l'effectif infirmier.

Teklay Messele, Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse (DRAA), Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada.

Ces énoncés sont-ils ... vrais ou faux?

1

Le taux d'emploi du personnel infirmier a ralenti dans les années 1990.

Vrai. Dans les années 1980, le taux d'emploi du personnel infirmier a augmenté de 3,4 % alors qu'au cours de la décennie suivante, il n'a augmenté que de 0,2 %. Pendant la période des compressions (1993–1998), le taux d'emploi du personnel infirmier a chuté de 3,3 % globalement avant qu'il commence à se rétablir^{1,2}. Le taux d'embauche des infirmières et infirmiers autorisés (IA) a augmenté, passant de 232 566 en 2000 à 251 675 en 2005 à un taux moyen de croissance annuelle de 1,6 %³.

2

Le taux de chômage des infirmières et infirmiers est faible.

Vrai. En 2005, le taux de chômage des IA (personnes en quête d'un emploi dans le domaine infirmier) s'établissait à 1,3 %, ce qui est nettement inférieur à la moyenne nationale de la population active de 6,8 %⁴. Même au milieu des années 1990, le taux de chômage de l'effectif infirmier était faible (4,1 % en 1996) par rapport à la moyenne nationale (9,6 %). Par conséquent, le nombre d'infirmières et infirmiers compétents disponibles est faible⁵.

3

La proportion des travailleurs à temps partiel dans le secteur infirmier est semblable à la proportion des travailleurs à temps partiel dans l'ensemble de la population active.

Faux. Même dans les années 1980, environ 35 % des infirmières et infirmiers occupaient un poste à temps partiel, ce qui est nettement supérieur à la moyenne pour l'ensemble de la population active (14,4 %) ^{6,7,8}. En 2005, 43,8 % des IA travaillaient à temps partiel (y compris 11,1 % dans des emplois occasionnels), comparativement à 18,3 % de l'ensemble de la population active⁹. Le nombre d'IA ayant un emploi à temps plein n'a augmenté que de 10,7 % entre 1980 et 2005, alors que le nombre total d'IA oeuvrant dans le secteur infirmier a augmenté de 29,5 %³.

4

L'âge de la retraite des infirmières et infirmiers mine l'effectif infirmier.

Vrai. La plupart des infirmières et infirmiers prennent leur retraite à 56 ans environ. En 2005, les IA de 55 ans et plus représentaient 19,7 % de l'effectif des IA¹⁰, comparativement à 13,7 % de tous les travailleurs du même groupe d'âge¹¹. On prévoit que si les IA prennent leur retraite à 55 ans et si on ne met pas en place des initiatives de recrutement et de maintien en poste, on pourrait perdre jusqu'au tiers de l'effectif des IA de 2001 d'ici 2010^{12,13}.

5

La cohorte de personnel infirmier débutant est plus petite que celle du personnel infirmier approchant l'âge de la retraite.

Vrai. En 2005, seulement 2,5 % des IA avaient moins de 25 ans, alors que 19,7 % avaient 55 ans ou plus¹⁴, comparativement à 16,3 % et à 13,5 % respectivement pour l'ensemble de la population active¹⁵. Le ratio d'IA dans la cinquantaine par rapport aux IA dans la vingtaine est de trois à un. Ces chiffres révèlent que les infirmières et infirmiers constituent la « figure de proue » de notre société vieillissante.

6

Le nombre d'inscriptions aux programmes de sciences infirmières a augmenté au cours des dernières années.

Vrai. Les provinces se sont récemment engagées à accroître d'au moins 10 % par année le nombre de places réservées aux étudiantes et étudiants en sciences infirmières par rapport au taux d'admission canadien de 1998–1999, soit 5 787 places^{16,17}. Le modèle d'approvisionnement en personnel infirmier de la DRAA calcule que cette hausse permettra à 10 083 étudiantes et étudiants en sciences infirmières d'obtenir leur diplôme d'ici 2013, soit le même nombre que le seuil supérieur de diplomation atteint en 1972.

Ces énoncés sont-ils ... vrais ou faux?

7

L'immigration constitue une importante source de nouveaux effectifs infirmiers au Canada.

Vrai. Au Canada, la proportion d'IA formés à l'étranger et actifs dans le domaine des soins infirmiers a augmenté, passant de 6,8 % (15 659) en 2001 à 7,6 % (19 230) parmi l'ensemble des IA exerçant leur profession en 2005³. Au cours de cette même période, les IA formés en Irlande et en Autriche constituaient, respectivement, 3,6 % et 6,7 % de l'effectif infirmier, alors que les chiffres s'établissaient, respectivement, à 8,3 % et à 23,1 % au Royaume-Uni et en Suisse¹⁸. La proportion d'infirmières et infirmiers formés aux États-Unis atteignait 16,5 % en 2000.

8

La profession infirmière est autoréglementée.

Vrai. À l'instar des autres professions de la santé, les associations provinciales d'infirmières et infirmiers articulent et imposent des normes de pratique et des codes de conduite. Elles engagent aussi des mesures disciplinaires pour garantir la sécurité publique¹⁹.

9

La profession infirmière est largement syndiquée.

Vrai. Quelque 52 % des infirmières et infirmiers sont syndiqués, comparativement à 16,7 % de tous les autres travailleurs. On constate une exception notoire, soit les infirmières et infirmiers œuvrant dans les foyers de soins infirmiers privés, les cabinets de médecins, les milieux de soins de santé communautaires et d'autres lieux semblables. La plupart des infirmières et infirmiers syndiqués travaillent dans les hôpitaux. Ce taux de syndicalisation élevé tient au fait que les fournisseurs de soins de santé (surtout ceux en milieu hospitalier) font partie du secteur public, qui a été syndicalisé, dans une large mesure, dans les années 1960²⁰.

10

La prestation des soins de santé aux collectivités des Premières nations et des Inuits du Nord relève exclusivement des compétences des provinces et des territoires.

Faux. C'est le gouvernement fédéral qui assure les services de soins de santé à plus de 600 collectivités des Premières nations et des Inuits à l'échelle du Canada. Mais par suite d'un accord de transfert conclu avec le gouvernement fédéral, les conseils de bande de près de la moitié de ces collectivités ont pris sur eux la charge d'assurer les services de soins de santé et embauchent directement, à cette fin, quelque 600 infirmières et infirmiers. Santé Canada, par l'intermédiaire du Bureau des services infirmiers et des bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, embauche environ 700 infirmières et infirmiers qui desservent les autres collectivités²¹.

11

Le nombre d'infirmières et infirmiers canadiens qualifiés par habitant est inférieur au nombre moyen d'infirmières et infirmiers qualifiés dans les autres pays de l'OCDE.

Faux. Les infirmières et infirmiers qualifiés regroupent les professions infirmières réglementées, soit les IA, les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés. En 2004, on dénombrait 990 infirmières et infirmiers qualifiés pour 100 000 habitants, plus que la moyenne de 830 dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Le nombre d'infirmières et infirmiers par habitant a diminué au Canada depuis 1990 tout en augmentant dans la plupart des autres pays. Depuis quelques années cependant, il a cessé de décliner, même que le ratio par habitant s'élève depuis 2002. On attribue les réductions à une chute des taux d'inscription et de diplomation en sciences infirmières et au nombre réduit de lits d'hôpital²².

12

Le ratio de médecins praticiens par rapport aux infirmières et infirmiers praticiens au Canada est parmi les plus élevés des pays de l'OCDE.

Faux. On constate une grande variation dans les ratios de médecins à infirmières et infirmiers entre divers pays de l'OCDE, sans compter que ces ratios changent au fil du temps. Au Canada, on comptait 190 médecins pour 1 000 infirmières et infirmiers en 1990 et seulement 211 médecins en 2001. C'est en Norvège qu'on observe le plus faible ratio (117) et au Portugal qu'on constate le ratio le plus élevé (841). Dans certains pays, comme en Australie, le ratio augmente alors qu'ailleurs, comme en France, il tend à diminuer (étant passé de 557 en 1990 à 477 en 2001)²³.

@ Nota : Voir la version électronique de ce numéro pour consulter l'ensemble des références à : <<http://www.santecanada.gc.ca/bulletin-rps>>.



L'utilisation des DONNÉES relatives à la santé au Canada

L'utilisation des données relatives à la santé au Canada est une chronique régulière du Bulletin de recherche sur les politiques de santé qui met en lumière diverses méthodes utilisées pour analyser les données sur la santé. Ce numéro examine une méthode utilisant des données de sondage pour évaluer l'équivalent temps plein du personnel infirmier autorisé.

Kisalaya Basu, Division de la modélisation par microsimulation et de l'analyse des données, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada, et **Ron Wall**, Bureau de la pratique en santé publique, Division du perfectionnement de la main-d'œuvre, Agence de santé publique du Canada

Estimation de l'équivalent à temps plein

Comme le montre l'article sur la pénurie de personnel infirmier (voir page 21), l'estimation de l'équivalent à temps plein (ETP) du personnel infirmier autorisé est essentiel pour analyser l'offre en matière de personnel infirmier (IA) au Canada. Un ETP indique la charge de travail normale d'un IA moyen de sorte que l'intensité de travail de chacun puisse être estimée en fonction d'un ETP.

D'habitude, la Banque de données des infirmières est utilisée pour obtenir des renseignements sur le nombre d'IA à temps partiel ou à plein temps. Il fallait une méthode pour convertir ces chiffres en ETP de sorte que les analystes puissent estimer l'offre et l'utilisation effectives du personnel infirmier. Dans cet article, la méthode en question est présentée grâce à des données de sondage.

Un mot au sujet des données

Les données utilisées proviennent du Fichier de microdonnées transversales à grande diffusion (FMGD) de l'Enquête 2000 sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR), une collection de variables concernant le travail, le revenu et la famille, sur les adultes les et familles au Canada. Le fichier **Personnel** de l'EDTR fournit des renseignements notamment sur les caractéristiques personnelles, comme l'année de naissance, le sexe, l'état civil, la taille et le type de famille ainsi que l'emploi principal. On y trouve également des renseignements sur la situation financière du sujet, comme ses sources de revenu, ses études et son niveau d'instruction.



Une méthode en deux étapes

L'une des catégories de la variable **Emploi** de l'EDTR est « Personnel professionnel des soins de santé, infirmières et infirmiers en chef et autorisés ».

Première étape : Déterminer les IA de cette catégorie en supposant que :

- un IA possède un diplôme universitaire ou autre
- un IA gagne un salaire horaire dans l'échelle salariale fournie par la National Nurses Salaries Data Base (2000)

La supposition concernant le salaire exclut le personnel infirmier de supervision dont le salaire horaire minimum dépasse le salaire maximum des IA ordinaires, ainsi que d'autres professionnels de la santé ayant un minimum salarial élevé. Les professionnels de la santé (techniciens) dont le salaire se situe dans la même échelle que les IA peuvent être inclus. Cependant, les IA dominent sensiblement ce groupe comme ils dominent toutes les catégories de ressources humaines en santé.

L'échantillon final comprenait toutes les infirmières travaillant à plein temps identifiées grâce au critère susmentionné. Comme les femmes constituent 95 % des IA, un certain nombre de répondants masculins ont été inclus au hasard de sorte que dans l'ensemble, les hommes constituent seulement 5 % des IA travaillant à plein temps dans chaque province.

Deuxième étape : Calculer la médiane des heures de travail des IA à plein temps.

À partir de l'échantillon constitué, la médiane des heures de travail des IA à plein temps est calculée et estimée à 1 955 heures par an, ce qui correspond au chiffre de 1 879 heures par an et 2 015 heures par an fournis par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers. On utilise les médianes estimées parce que les données sont très asymétriques (voir l'exemple à la Figure 1).

Ayant déterminé le nombre d'heures de travail par an, il est maintenant possible de faire une estimation des ETP par province et par groupe d'âge. Le Tableau 1 indique l'ETP du personnel infirmier à plein temps par groupe d'âge. Vu la petite taille de l'échantillon de personnel infirmier masculin, les estimations d'ETP ont été faites par groupe d'âges et non par groupe d'âge-sexe. Il faut souligner en outre que toute estimation dépassant le

groupe d'âge 55 à 59 ans ne pouvant être fiable à cause de la petite taille de l'échantillon EDTR, est exclue. Cependant, cette exclusion n'affecte en rien l'utilité de la méthode car la plupart des IA prennent leur retraite avant l'âge de 60 ans.

Distribution asymétrique

Il convient de souligner que la moyenne est inférieure à la médiane pour tous les groupes d'âge. Cela signifie que les valeurs extrêmes au plus bas de l'échelle sont plus éloignées de la moyenne des valeurs extrêmes au haut de l'échelle (Figure 1). Les plus petites valeurs repoussent la moyenne vers le bas, ce qui correspond au fort taux d'absentéisme dans le secteur infirmier.

Un outil utile

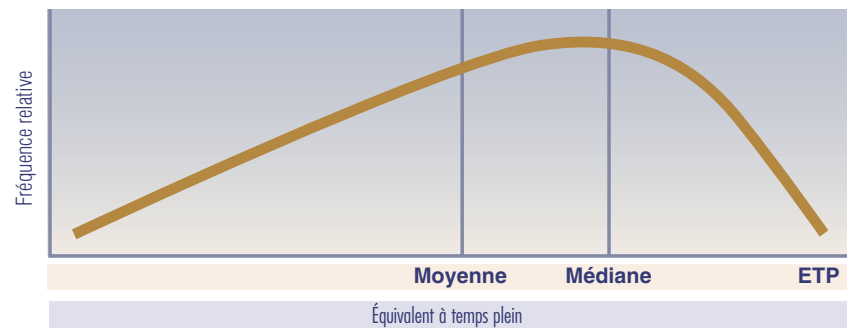
La méthode présentée dans cet article est un outil très utile pour estimer l'ETP des IA par âge, province, temps partiel ou plein temps, ce qui est essentiel pour comprendre la pénurie de personnel infirmier au Canada. En outre, elle peut être adaptée pour estimer l'ETP d'autres professionnels de la santé et obtenir des renseignements utiles pour les politiques générales des ressources humaines en santé. 🌀

Tableau 1 : Équivalents à temps plein—IA travaillant à temps plein, par groupe d'âge, Canada, 2000

| Groupe d'âge | Médiane des ETP | | | Moyenne des ETP | | |
|--------------|-----------------|---------------------|---------------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| | ETP | NC inférieur à 90 % | NC supérieur à 90 % | ETP | NC inférieur à 90 % | NC supérieur à 90 % |
| 25–29 | 0,933 | 0,800 | 1,000 | 0,884 | 0,829 | 0,940 |
| 30–34 | 0,933 | 0,800 | 1,000 | 0,862 | 0,817 | 0,907 |
| 35–39 | 1,000 | 0,960 | 1,067 | 1,038 | 0,940 | 1,137 |
| 40–44 | 0,968 | 0,880 | 1,000 | 0,910 | 0,864 | 0,956 |
| 45–49 | 1,000 | 0,960 | 1,067 | 0,978 | 0,909 | 1,047 |
| 50–54 | 1,000 | 1,000 | 1,067 | 1,021 | 0,949 | 1,093 |
| 55–59 | 1,067 | 0,934 | 1,067 | 1,010 | 0,925 | 1,095 |
| 60–64 | S0 | | | S0 | | |
| 65+ | S0 | | | S0 | | |

NC—niveau de confiance

Figure 1 : Exemple d'une distribution asymétrique vers la gauche



► Qui fait quoi?, suite de la page 41

Quelques projets entrepris par des organismes provinciaux de soins infirmiers

College of Registered Nurses of Nova Scotia (CRNNS)

A *Practice Environment Collaboration Program* est un programme autodirigé dégageant les principaux systèmes ou attributs de qualité permettant au personnel infirmier de répondre aux normes de pratique et de qualité de leur profession (aller à : <<http://www.crnns.ca/default.asp?id=190&sfield=Content.Id&mn=414.70.81.413&search=1159>>).

College of Licensed Practical Nurses of Newfoundland and Labrador et Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador

Ces deux organismes ont lancé un programme sur un milieu de travail de qualité (*Quality Practice Environment Program*) et établi des normes influant sur le milieu de travail professionnel.

College & Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA)

Alberta RN publie une chronique intitulée « Healthy Solutions » (Solutions saines) pour informer ses lecteurs sur des sujets tels que l'usure de compassion et la violence au travail (aller à : <http://www.nurses.ab.ca/issues/Healthy_solutions.html>).

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

Cette association mène un projet intitulé *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines* dans le cadre duquel seront préparées six directives permettant d'établir un milieu de travail sain (aller à : <http://www.mao.org/Page.asp?PageID=751&SiteNodeID=241&BL_ExpandID=>>).

Faites une croix sur votre calendrier



| Quoi | Quand | Thème |
|--|--|---|
| 1 ^{re} Conférence nationale des infirmières de santé communautaire : Préparer l'avenir pour améliorer la santé | 3 au 5 mai 2007 Toronto (Ontario) < http://www.chnac.ca/ > | Exploration des réalités, des possibilités et difficultés rencontrées au sein du personnel infirmier et de la profession infirmière en matière de santé communautaire et de réforme des soins de santé |
| 18 ^e Conférence internationale sur la réduction des dommages dus aux médicaments : la maturité | 13 au 17 mai 2007 Varsovie, Pologne < http://www.harmreduction2007.org/ > | Diffusion d'idées sur la réduction des dommages et la pratique, y compris une revue des efforts de réduction des dommages au cours des 18 dernières années |
| Congrès 2007 du Conseil international des infirmières | 27 mai au 1 ^{er} juin 2007 Yokohama, Japon < http://www.icn.ch/conference2007/info.htm > | Les réalités de la pratique infirmière et de l'expertise infirmière dans le traitement des imprévus |
| 34 ^e Conférence internationale sur la santé dans le monde | 29 mai au 1 ^{er} juin 2007 Washington (DC) < http://www.globalhealth.org/conference/ > | Portera sur une gamme de partenariats—comment ils ont été établis, ce qu'ils ont produit et ce qu'ils peuvent produire et comment les pauvres et les malades peuvent en profiter |
| Conférence internationale sur des lignes directrices en matière de pratiques exemplaires fondées sur des données probantes | 6 au 8 juin 2007 Markham (Ontario) < ">http://www.rnao.org/Page.asp?PageID=1209&ContentID=1436&SiteNodeID=196&BL_ExpandID=> > | Comment établir le contexte de l'excellence dans la pratique infirmière clinique et les milieux de travail sains |
| Conférence nationale sur le leadership dans les soins de santé 2007 | 11 au 12 juin 2007 Toronto (Ontario) < http://www.healthcareleadershipconference.nexx.com/default1.asp > | L'innovation dans les services de santé : du leadership local au rendement national |
| 19 ^e Conférence mondiale sur la promotion et l'éducation en santé—La promotion de la santé en pleine maturité : Recherche, politiques et pratiques pour le 21 ^e siècle | 11 au 15 juin 2007 Vancouver (Colombie-Britannique) < http://www.iuhpeconference.org/ > | Examen et réévaluation critique du progrès accompli en promotion de la santé depuis l'adoption de la <i>Charte d'Ottawa</i> et engagement de nouvelles mesures pour relever les défis dans un contexte de plus en plus mondialisé |
| Conférence internationale sur l'activité physique et l'obésité chez les enfants | 24 au 27 juin 2007 Toronto (Ontario) < http://www.phe.queensu.ca/epi/obesity/ > | Sur l'élaboration d'une stratégie communautaire et scientifique pour réduire l'obésité chez les enfants et les jeunes |
| 6 ^e Colloque international en économie de la santé | 8 au 11 juillet 2007 Lund, Suède < http://www.healtheconomics.org/congress/2007/ > | Axé sur le thème des explorations en économie de la santé |
| Conférence 2007 sur l'éthique de la promotion de la santé | 18 au 20 septembre 2007 Ghent, Belgique < http://www.healthpromotionethics.eu/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1 > | Vers un programme éthique de promotion de la santé |