

À l'écoute du renouvellement : pleins feux sur les ressources humaines infirmières



Publié à titre de rapport spécial par le *Canadian Journal of Nursing Leadership* avec l'aimable contribution du Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada

Mai 2005

Ce rapport concerne le renouvellement. Les auteurs ont eu recours à des débats, ainsi qu'à des analyses rigoureuses et approfondies, pour faire naître des idées importantes. Ces dernières doivent être nourries, protégées, soignées sans répit, jusqu'au jour précis où elles seront prêtes à affronter le monde réel. Ce document présente une abondance d'idées, ainsi que les stratégies qui leur permettront de prendre leur envol.

À l'écoute du renouvellement : pleins feux sur les ressources humaines infirmières

Publié à titre de rapport spécial par le *Canadian Journal of Nursing Leadership* avec l'aimable contribution du Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada

Mai 2005

Le rapport intégral peut être consulté sur notre site internet
www.nursingleadership.net/renewal

Les principales constatations indiquent qu'il n'existe pas de pénurie de postulantes intéressées par une éducation dans les sciences infirmières

De la part du rédacteur

Dans son premier rapport aux Canadiens (*Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, janvier 2005), le Conseil de la santé du Canada indiquait que le renouvellement des ressources humaines en santé constituait une priorité urgente. Le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada partage cet avis et appuie son assertion fondamentale, selon laquelle « renouveler et renforcer les soins de santé constitue une question importante pour les Canadiens. Faute d'un nombre suffisant de prestataires de soins de santé travaillant ensemble, tous les efforts seront vains ».

Le Conseil de la santé a également reconnu que les professionnels et prestataires de soins de santé s'efforcent de développer des démarches neuves afin de répondre aux besoins complexes en services de santé des Canadiens. C'est pourquoi le *Canadian Journal of Nursing Leadership* a le plaisir de présenter le résultat de six documents qui lui ont été commandés. Ces documents traitent des questions relatives aux ressources humaines infirmières.

Souvent, les infirmières sont les premières à communiquer avec les patients. Elles sont au cœur de notre système de soins de santé, et pourtant nous négligeons d'appuyer sans faillir leur rôle et leurs responsabilités - conçus pour maximiser les issues des soins.

Toutes les infirmières éprouvent le désir de soigner et d'aider les autres, et toutes les élèves infirmières débutent par cette mission. Mais bien vite, elles se rendent compte que les lieux de travail ne les soutiennent souvent pas : elles abandonnent et se mettent en quête d'autres débouchés, ou choisissent d'autres professions pour réaliser d'autres rêves.

Même à l'école, certaines questions graves entravent leur capacité à fournir des soins de qualité après avoir obtenu leur diplôme. Cela les rend incapables d'avoir une vie réussie, satisfaisante du point de vue professionnel. Si cela n'est pas réglé dès à présent, la pénurie de personnel infirmier ne fera qu'empirer et l'avenir du système de soins de santé sera en péril.

Quelle est l'histoire de ce rapport ?

Le travail accompli par le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (CCCSI) en 2002 en était l'amorce. Les 51 recommandations du CCCSI formaient le cadre d'interventions à effectuer. L'entreprise était ambitieuse et avait des implications pour toutes les infirmières ; le CCCSI exige une collaboration avec les écoles, les hôpitaux et les infirmières. Celle-ci est indispensable au renouveau qui assurera aux patients d'obtenir les soins de qualité dont ils ont besoin.

À la suite du travail initial à l'Accord des Premiers ministres de 2003, il était évident que la planification et la gestion des ressources étaient essentielles s'il faut veiller à ce que les Canadiens aient accès à des prestataires de soins de santé, maintenant et plus tard. Nous devons commencer dès à présent à repenser systématiquement le rôle des infirmières dans les processus des soins. C'est là que réside la clé du renouvellement.

En 2003, un financement était mis en réserve pour appuyer cette initiative pendant cinq ans. Ce financement approuvait six projets relatifs aux ressources humaines en santé. Le projet devait être achevé le 31 mars 2004. Le budget alloué se montait à 2,2 millions \$. Ont collaboré à ce projet des associations infirmières, menées par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Gail Tomblin Murphy et Linda O'Brien-Pallas, le Dorothy Pringle, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

À qui s'adresse ce document ?

La documentation a été compilée à l'intention : des infirmières souhaitant comprendre les questions complexes qui entourent les ressources humaines de la santé et la profession infirmière ; des stratèges et des gouvernements chargés de participer au renouveau des soins de santé ; des établissements d'enseignement désireux de mieux cerner la déperdition des effectifs et le point de vue des étudiantes. Le but est de réduire les taux de déperdition des effectifs, de réagir aux besoins des étudiantes et d'augmenter le nombre de diplômés. À la longue cela permettra de diminuer la pénurie critique de personnel infirmier. Enfin, ceux qui veulent acquérir des connaissances précieuses et cerner l'impact des ressources humaines de la santé sur les soins aux patients, les dirigeants et les universitaires verront l'importance des documents de recherche et des discussions.

Qui sont les contributeurs ?

Beaucoup ont appuyé le projet : professionnels, universitaires et stratèges - tous leaders de l'avenir, formulant des recommandations qui vont influencer la façon dont les soins de santé doivent être dispensés.

Tous ceux qui ont participé l'ont fait, s'intéressant personnellement à s'assurer que la profession infirmière reste la première ligne intégrale des soins de santé. L'adoption des 51 recommandations du CCCSI va influencer la prestation de soins et révolutionner les soins infirmiers du futur.

Sandra Devlin, RN, MScN, CHE, Rédacteur

**Beaucoup ont appuyé le projet :
professionnels, universitaires et
stratèges — tous leaders de l'avenir ...**

**Cette convergence obligera
les chefs du secteur des soins de
santé à créer des programmes inédits,
qui assurent des réserves suffisantes
de main-d'œuvre dans un secteur
avide de main-d'œuvre.**

Table des matières

1. De la part du rédacteur — 53

2. Aperçu du rapport — 61

« À l'écoute du renouvellement : pleins feux sur les ressources humaines infirmières » est le rapport sur un travail commandité par le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada; il se concentre sur les stratégies visant à augmenter et améliorer les ressources humaines en soins infirmiers. La recherche couvre un éventail diversifié : les progrès dans l'application des 51 recommandations du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers de 2002, la déperdition des effectifs dans les écoles d'infirmières, la qualité de la vie au travail des infirmières, l'utilisation des soins infirmiers et la planification des ressources humaines dans les hôpitaux, la dissémination des lignes directrices sur les meilleures pratiques cliniques, et les questions concernant la préparation du cadre de l'enseignement, le leadership et le personnel.

3. À l'écoute du renouvellement : Rapports commandités — 64

Renseignements : www.nursingleadership.net/renewal

I Progression à ce jour — 67

Le Comité consultatif sur les soins infirmiers de Santé Canada désirait savoir quelles mesures avaient été prises dans le pays pour appliquer les recommandations du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers de 2002. Les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques du Canada (RCRPP) ont été chargés à la fin de l'année 2003 d'entreprendre cette étude. Celle-ci passe en revue les activités des organisations infirmières intervenantes et décrit les tendances de la progression de la mise en œuvre. Sur la base de ce travail, les obstacles qui empêchent de terminer la mise en œuvre et les appuis nécessaires pour la réaliser ont été identifiés.

II Au début : La déperdition des effectifs dans les écoles d'infirmières — 69

Ce rapport donne très vite le ton : la déperdition des effectifs est un fait réel dans les programmes d'enseignement. Étant dans une période de pénurie de personnel infirmier, il est important de conserver une proportion aussi élevée que possible d'étudiantes qui choisissent les soins infirmiers comme profession. L'étude se

penche sur les raisons pour lesquelles les étudiantes quittent les programmes infirmière autorisée (IA), infirmière psychiatrique autorisée (IPA) et infirmière auxiliaire autorisée (IAA) avant même de recevoir leur diplôme, et identifient les interventions qui pourraient diminuer la déperdition des effectifs dans ces trois types de programmes.

III Vie au travail : Niveau de la qualité et normes d'agrément — 73

En 2001, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) incorporait la vie au travail comme dimension clé de la qualité de ses normes et son programme d'agrément. Après avoir testé cet élément relatif à la qualité et ces normes pendant des années, plusieurs groupes consultatifs se sont réunis pour conseiller le CCASS sur les orientations futures concernant la vie au travail.

IV Utilisation : Implications pour la planification des ressources humaines infirmières dans les hôpitaux — 75

Ce travail, entrepris par Gail Tomblin Murphy et Linda O'Brien-Pallas, donne une estimation de l'Association entre le nombre de journées d'hospitalisation et l'issue des maladies dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada.

V Ligne directrices sur les usages cliniques : Diffusion et mise sur pied au Canada — 81

Avec le soutien de Santé Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIO) a élargi sa diffusion et sa mise sur pied des directives sur les usages infirmiers cliniques à toutes les provinces et à tous les territoires du Canada.

VI Préparation du cadre de l'enseignement, leadership et objectifs des effectifs — 83

Cette collaboration, dirigée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), et comprenant l'Academy of Canadian Executive Nurses, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, l'Association canadienne des soins de santé, l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada et les Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada, a élaboré un cadre stratégique pour soutenir la mise en œuvre des recommandations du CCCSI dans les 11 rapports suivants :

1. Préparation du cadre de l'enseignement - Objectif A : Processus de sélection des étudiantes — 83

2. Préparation du cadre de l'enseignement - Objectif B : Déperdition des effectifs d'étudiantes — 85
3. Préparation du cadre de l'enseignement - Objectifs C et D : Placements en clinique — 87
4. Préparation du cadre de l'enseignement - Objectif E : Carrières d'infirmière éducatrice — 90
5. Objectif de leadership A : Projet de préceptorat et de mentorat de l'AIRC — 92
6. Objectif de leadership B : La valeur économique du domaine infirmier : Cadre conceptuel et identification d'une stratégie analytique — 94
7. Objectif de leadership C : Compétences demandées aux responsables d'infirmières — 97
8. Gestion de la main-d'oeuvre - Objectif A : Évaluer l'utilisation, l'observance et l'efficacité : Outils de mesure de la charge de travail des infirmières — 99
9. Gestion de la main-d'oeuvre - Objectif B : Besoins en équipement des infirmières canadiennes : Rapport d'un sondage auprès des infirmières cadres seniors — 102
10. Gestion de la main-d'oeuvre - Objectif C : Retraite échelonnée (facilitateurs et obstacles) et autres programmes visant à conserver les salariés plus âgés du secteur des soins de santé — 105
11. Gestion de la main-d'oeuvre - Objectif D : Cadre d'évaluation permettant de définir l'effet du mélange de personnel sur la prise de décisions — 107

**Il faut davantage de travail ...
entre les gouvernements et les
institutions enseignantes ... si les
professionnels de la santé souhaitent
s'adapter à la vision future d'un
système de santé réformé**

Aperçu du rapport

Introduction

Dans son premier rapport aux Canadiens (*Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, janvier 2005), le Conseil de la santé du Canada identifiait le fait que le Canada doit moderniser sa façon de fournir les services, et élargir les services fournis. Il faut davantage de travail, affirme le Conseil, entre les gouvernements et les institutions enseignantes pour pousser les modèles changeants des études universitaires de premier cycle et les occasions de formation, si les professionnels de la santé souhaitent s'adapter à la vision future d'un système de santé réformé.

« À l'écoute du renouvellement : pleins feux sur les ressources humaines infirmières » constitue un rapport sur le travail déjà entrepris pour procéder à cette modernisation. Il fait partie d'un ensemble de travaux reconnu par le Conseil de la santé en ces termes : « ... Les professionnels de la santé et les prestataires de soins de santé ont formulé des conseils, et s'efforcent de développer des démarches neuves pour répondre aux besoins complexes en services de santé des Canadiens ».

Le *Canadian Journal of Nursing Leadership* publie ce résumé et le rapport complet, avec l'aimable contribution du Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada. Le rapport intégral peut être consulté sur notre site internet, www.nursingleadership.net/renewal.

Histoire de ce rapport

Le CCCSI a rédigé un rapport en 2002 intitulé « Notre santé, notre avenir : Créer des lieux de travail de qualité pour les infirmières canadiennes » (*Our Health, Our Future: Creating Quality workplaces for Canadian Nurses*). Le rapport du CCCSI comportait 51 recommandations visant à influencer la qualité de la vie au travail des infirmières. De plus, il définissait des délais précis et des rôles pour les gouvernements, les employeurs, les syndicats, les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les éducateurs et la communauté de la recherche. Par la suite, le Bureau de la politique des soins infirmiers a voulu savoir ce qui s'était passé et quelles étaient les réactions à ces recommandations. Ainsi, un an plus tard, il commandait six études.

Les six projets commandés avaient des buts analogues : étudier un aspect du monde des soins infirmiers, effectuer le changement, augmenter notre connaissance du système des soins de santé et, plus particulièrement, montrer comment les soins infirmiers se

positionnent au sein du système. Cette recherche extensive poussera les dirigeants infirmiers, les administrateurs de soins de santé et les universitaires à chercher des solutions neuves à certaines des questions qui ont tracassé les soins infirmiers depuis des décennies. Le travail comprenait :

I Progression à ce jour

Le CCCSI publiait son rapport final intitulé « Notre santé, notre avenir : Créer des lieux de travail de qualité pour les infirmières canadiennes » (*Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*) en août 2002. Le Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada, voulait connaître les interventions qui avaient été faites dans le pays pour mettre en œuvre les recommandations du CCCSI. Les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques (RCRPP) étaient engagés fin 2003 pour entreprendre cette étude.

II Au début : La déperdition des effectifs dans les écoles d'infirmières

Ce rapport, rédigé par Dorothy Pringle, de la Faculté des sciences infirmières à l'Université de Toronto, donne très vite le ton : la déperdition des effectifs est une chose de la vie dans les programmes scolaires. En pleine pénurie de personnel infirmier cependant il faut conserver une proportion aussi élevée que possible d'étudiantes qui sélectionnent les soins infirmiers comme profession. Cette étude se penche sur les raisons pour lesquelles les étudiantes quittent les programmes IA (infirmier autorisé), IPA (infirmier psychiatrique autorisé) et IAA (infirmière auxiliaire autorisée) avant même de recevoir leur diplôme, et identifie les interventions qui pourraient diminuer la déperdition des effectifs dans ces trois types de programmes.

III La vie au travail : Dimension de la qualité et normes d'agrément

En 2001, le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) incorporait la vie au travail comme principale dimension de la qualité à ses normes et à son programme d'agrément. Après avoir testé cet élément de la qualité et les normes pendant des années, plusieurs groupes consultatifs se sont réunis pour conseiller le CCASS sur les futures orientations en matière de vie au travail.

IV Utilisation : Implications pour la planification des ressources humaines infirmières dans les hôpitaux

Ce travail a été entrepris par Gail Tomblin Murphy et Linda O'Brien-Pallas. Leur recherche étudiait l'association entre le nombre de journées d'hospitalisation et les issues de la maladie chez les patients dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada.

V Lignes directrices sur les pratiques cliniques infirmières : Diffusion et mise sur pied au Canada

Avec le soutien de Santé Canada, l'AIIO a étendu ses lignes directrices sur les pratiques cliniques infirmières concernant la diffusion et la mise sur pied à toutes les provinces et à tous les territoires du Canada.

VI Préparation du cadre de l'enseignement, leadership et objectifs des effectifs

Une collaboration dirigée par l'AIIC, composée d'organisations représentant tous les aspects du travail infirmier, a établi un cadre stratégique pour mettre en œuvre les recommandations du CCCSI (l'AIIC et autres).

Dans l'ensemble, cette commission coûtant plusieurs millions de dollars s'inscrit dans les thèmes et priorités du gouvernement, puisqu'elle se concentre sur le renouvellement des soins de santé au Canada et accélère le changement.

À l'écoute du renouvellement :
pleins feux sur les ressources humaines infirmières



Rapports commandités



Les obstacles qui empêchent de terminer la mise en œuvre et les appuis nécessaires à la réalisation de la mise en œuvre ont été identifiés

I Progression à ce jour

Les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

Le CCCSI a publié son rapport final, intitulé *Our Health, Our Future : Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*, en août 2002. Le Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada, voulait savoir quelles interventions avaient été effectuées dans tout le pays pour mettre en œuvre les recommandations du CCCSI. Les Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques ont été engagés fin 2003 pour entreprendre cette étude. Le rapport final a été préparé par Mmes Lisa Maslove et Cathy Fooks.

L'étude passe en revue les activités des organisations infirmières intervenantes et décrit les tendances de la progression de la mise en œuvre. Sur la base de ce travail, les obstacles qui empêchent de terminer la mise en œuvre et les appuis nécessaires à la réalisation de la mise en œuvre ont été identifiés.

Le rapport du CCCSI a été perçu largement comme un document utile pour décomposer la question complexe de la pénurie de personnel infirmier en un ensemble de façons faciles pour s'attaquer à la pénurie.

Pour quelques recommandations, telles qu'augmenter le nombre de siège pédagogiques en faveur des IA, des IAA et des IPA, la mise en œuvre a été élargie. Mais pour la plupart des questions, la progression semble s'être faite par endroits. Par exemple, divers employeurs dans tout le pays mettent en œuvre des systèmes de mesure de la charge de travail, augmentent le nombre de postes à temps plein, examinent l'absentéisme, embauchent des mentors d'infirmières et pilotent des systèmes d'horaires souples. Mais il est difficile de connaître l'impact de cette mise en œuvre dans tout le pays. De nombreuses personnes interrogées ont remarqué que ces changements se concentrent vraisemblablement dans les établissements de soins de courte durée, plutôt que dans les établissements communautaires, les établissements de soins de longue durée ou les autres cadres.

Malgré la complexité des questions de politiques traitées par le CCCSI, certains obstacles communs à la mise en œuvre apparaissent, y compris :

- *Imputabilité* : Alors que de nombreuses recommandations identifient des organisations précises pour réaliser la mise en œuvre, la responsabilité ultime de la mise en œuvre reste floue aux yeux des intervenants infirmiers.

À l'écoute du renouvellement : pleins feux sur les ressources humaines infirmières

- *Ressources* : Les employeurs ont besoin de financement stable pour planifier les améliorations du lieu de travail et créer des emplois stables.
- *Négociations collectives* : Un certain nombre de questions sur le lieu de travail, traitées par les recommandations CCCSI, sont présentées aux négociations des conventions collectives, ce qui soulève des interrogations sur la façon dont les questions de vie au travail sont évaluées par rapport aux questions salariales dans ce contexte.

Un certain nombre d'appuis au niveau des politiques ont facilité la mise en œuvre des recommandations CCCSI, et continueraient de le faire :

- niveau provincial et territorial, Conseils consultatifs infirmiers et positions de leadership pour le domaine infirmier
- financement ciblé pour les investissements dans la vie au travail du personnel infirmier.
- mécanismes de suivi, tels que des sondages et une accréditation, qui identifient les problèmes, éclaircissent les questions sous-jacentes relatives aux ressources humaines, indiquent les points où la mise en œuvre a mené - ou n'a pas mené - à des améliorations au niveau de la présence auprès des patients
- preuves pour étayer la prise de décisions, y compris une recherche en milieu universitaire, des données administratives au niveau des employeurs, des évaluations de projets pilotes et des répertoires d'initiatives mises en œuvre dans tout le Canada
- l'intégration des questions relatives à la vie au travail du personnel infirmier à la réformation du système de santé ou aux questions de santé de la population, d'ordre plus général.

Dans l'ensemble se manifestent des signes encourageants, qui indiquent que se produisent des améliorations de la qualité de la vie au travail du personnel infirmier, mais ces changements ne sont pas répandus. Un changement à l'échelle du système exige que les obstacles et les appuis identifiés dans cette étude soient traités.

II Au début : La déperdition des effectifs dans les écoles d'infirmières

Dorothy Pringle, *Université de Toronto*

Ce rapport donne très vite le ton : la déperdition des effectifs est un fait réel dans les programmes d'enseignement. Or, en pleine pénurie de personnel infirmier, il faut conserver une proportion aussi élevée d'étudiantes qui sélectionnent les soins infirmiers comme profession. L'étude se penche sur les raisons pour lesquelles les étudiantes quittent les programmes IA, IPA et IAA avant même de recevoir leur diplôme, et identifie les interventions qui pourraient diminuer la déperdition des effectifs dans ces trois types de programmes.

Les étudiantes quittent les écoles d'infirmières pour une diversité de raisons. Celles qui abandonnent commencent à y penser dès le début de leur programme. Les principales raisons de leur abandon ont trait aux faits suivants :

- plaintes sur les programmes et manque d'appui de la part des membres de la faculté
- coût du programme, fonds insuffisants pour couvrir ce coût et pour subvenir à leurs besoins
- désillusion quant à la profession infirmière en tant que carrière
- échec scolaire.

Des différences existent entre les étudiantes des programmes IA et IAA. La désillusion représente un problème des étudiantes IA. L'échec et l'incapacité à gérer les exigences du programme représentent un problème des étudiantes IAA. Davantage d'étudiantes IA que d'étudiantes IAA se plaignent des cours et des programmes, mais ces deux groupes ne se voient pas offrir l'appui et l'encouragement de la faculté qui leur sont nécessaires. Tous deux sont poussés à abandonner en raison du coût et du manque de ressources financières. Les autres motifs de leur abandon, identifiés comme décisifs dans les précédentes études, tels que les problèmes personnels, le stress, la maladie et les responsabilités familiales, n'ont été mentionnés que par quelques étudiantes dans cette étude. Ce fait ne doit pas diminuer le rôle important qu'exercent ces facteurs dans

Mettons
en
chemin!

leur décision d'abandonner. Un pourcentage appréciable d'étudiantes qui abandonnent avoue que la décision est difficile, surtout les étudiantes IAA. Beaucoup d'entre elles, particulièrement les étudiantes IAA, regrettent de l'avoir prise. Les moyennes obtenues à l'école secondaire, si elles sont notablement plus faibles que la moyenne de la classe, peuvent indiquer une étudiante qui risque d'abandonner les programmes IA, mais non des programmes IAA.

Les résultats de cette étude suggèrent que les écoles d'infirmières peuvent prendre certaines mesures pour tenter d'atténuer la déperdition des effectifs. **Les étudiantes qui s'intéressent aux carrières infirmières à ce moment de leur vie doivent se faire expliquer soigneusement, honnêtement et explicitement l'état du système des soins de santé, sans omettre l'effet de cette situation sur la profession infirmière, et sur certaines infirmières sur le plan de leur satisfaction envers leur carrière.** S'il est important de recruter les meilleures étudiantes disponibles pour les faire entrer dans le domaine infirmier, il est tout aussi important de savoir que ces étudiantes prennent la décision de commencer un programme infirmier sachant qu'il existe un grand mécontentement au sein de la profession infirmière au sujet du rôle des infirmières dans le système des soins de santé. Elles doivent aussi connaître l'effet que le niveau actuel des ressources, et la façon dont le système est organisé pour elles, exercent sur la profession infirmière et sa capacité à se développer.

Les écoles doivent également indiquer que l'état du système des soins de santé et la profession infirmière feront l'objet de discussions et de débats constants tout au long du programme, en même temps que des discussions sur les politiques et les pratiques qui peuvent améliorer le système et la façon dont chaque infirmière et les groupes d'infirmières peuvent non seulement survivre, mais connaître des carrières satisfaisantes et influencer le système. Ensuite, les écoles doivent respecter ces engagements. Une question corrélative concerne l'accueil amical dans les environnements cliniques où les étudiantes s'exercent. Pour les étudiantes, la pratique clinique provoque suffisamment d'anxiété sans qu'elles aient, en plus, à être aux prises avec un personnel peu serviable, voire hostile, qui ne les assistera pas, et qui peut activement démoraliser les étudiantes sur leur choix de carrière. Puisque la plupart des organisations qui donnent aux étudiantes des occasions de pratique clinique font l'objet d'une entente, **les organismes qui délivrent une pareille entente doivent ajouter la qualité de l'environnement envers l'apprentissage des étudiantes à leur liste de domaines à analyser, et développer des normes pour évaluer ces organisations.**

Les écoles ont également besoin de se pencher sur la question de l'appui de la faculté en faveur des étudiantes, et si les cours et classes répondent aux besoins des groupes mûrs et diversifiés d'étudiantes, en particulier dans les programmes IA. **Les écoles d'infirmières**

doivent développer des stratégies et des programmes pour s'assurer que les étudiantes bénéficient de l'appui qu'il leur faut, particulièrement au tout début de leurs programmes. On ne peut pas compter sur les étudiantes pour se rendre compte qu'elles ont besoin de soutien pour aller le chercher. Il faudra que ce soutien vienne à elles.

Nombre d'étudiantes des programmes infirmiers ont besoin de sources de financement pour réussir. Le nombre d'heures cliniques que doivent effectuer les étudiantes infirmières est important, alors les heures dont elles disposent pour gagner l'argent qui leur permettra de subvenir à leurs besoins sont limitées. C'est pourquoi beaucoup d'entre elles connaissent davantage de pression financière que les étudiantes des autres programmes universitaires. **Le domaine infirmier doit regarder en face le problème du financement des étudiantes, et développer des solutions qui permettront à davantage d'étudiantes de travailler moins. Ainsi, il est à espérer qu'elles resteront dans leur programme et réussiront.**

Peut-être n'est-il pas possible de supprimer entièrement la déperdition des effectifs dans les écoles d'infirmières. Mais il faut tout faire pour le réduire au strict minimum. La déperdition des effectifs coûte cher. Elle peut coûter aux étudiantes qui abandonnent une ou deux années de salaire et exercer un effet dévastateur sur leur image d'elles-mêmes. Elle coûte aux facultés infirmières des efforts et des ressources qui ne produisent pas d'étudiantes qui obtiennent leur diplôme et, pour chaque étudiante qui ne va pas jusqu'au bout d'un programme, c'est une infirmière qui disparaît du système de soins de santé. Il faut essayer d'éliminer cette déperdition, car cela en vaut la peine.

Les six mesures indiquées dans ce rapport aideront le CCASS à faire progresser la vie au travail, aux niveaux organisationnel et entre secteurs.

III Vie au travail : Niveau de la qualité et normes d'agrément

Conseil canadien d'agrément des services de santé

En 2001, le CCASS incorporait la vie au travail comme dimension clé de la qualité dans ses normes et son programme d'agrément. Après avoir testé cet élément relatif à la qualité et ces normes pendant des années, plusieurs groupes consultatifs se sont réunis pour conseiller le CCASS sur les futures orientations concernant la vie au travail.

Les constatations servent actuellement à

- analyser la dimension et les descripteurs CCASS de la vie au travail,
- améliorer les normes de la vie au travail
- améliorer les impératifs d'information provenant des organisations avant le sondage d'agrément
- créer des lignes directrices afin que les sondeurs évaluent efficacement ces normes dans les organisations des services de santé.

**Mettons
en
chemin!**

Le présent rapport résume le résultat de l'analyse de la documentation, de la première réunion du comité consultatif sur la vie au travail, du Consensus national sur les indicateurs pour la qualité de vie au travail, et une série de séances régionales pédagogiques sur la vie au travail.

Constatations tirées de l'analyse de la documentation

L'analyse de la documentation a permis de constater une masse croissante de preuves concernant l'impact d'initiatives saines dans le lieu de travail ou de démarches relatives à la qualité de la vie au travail sur l'aboutissement des employés et des organisations.

La discussion du panel d'experts s'est principalement intéressée aux points suivants :

- besoin d'un modèle pour conceptualiser la démarche de la CCASS envers la vie au travail, à travers son programme d'accréditation
- besoin d'indicateurs appropriés et probants pour appuyer les organisations du domaine des services de la santé afin de contrôler les améliorations des coutumes au travail

À l'écoute du renouvellement : pleins feux sur les ressources humaines infirmières

- besoin de révision de la dimension CCASS de la vie au travail et des descripteurs actuels, afin qu'ils reflètent la masse croissante de preuves concernant la vie au travail sur le terrain.

Les constatations du Consensus national sur les indicateurs pour la qualité de vie au travail ont reconnu la valeur du programme d'accréditation pour appuyer les améliorations de la vie au travail dans les organisations consacrées aux services de santé.

Étapes suivantes

À partir des discussions, des constatations et des recommandations issues du travail effectué lors de la réunion du Comité consultatif sur la vie au travail, six mesures précises figurent ci-dessous et décrivent les mesures à prendre pour le restant de l'année.

1. Créer un modèle qui conceptualise la démarche CCASS envers la vie au travail.
2. Préciser la dimension et les descripteurs CCASS de la vie au travail.
3. Améliorer les normes et critères relatifs à la vie au travail dans les sections des normes (leadership et partenariat, services d'appui et services aux clients).
4. Améliorer les « impératifs d'information » provenant des organisations avant le sondage d'accréditation.
5. Créer un ensemble de lignes directrices à l'intention des sondeurs, afin d'évaluer plus efficacement ces normes dans les organisations consacrées aux services de santé.
6. Créer et réaliser des programmes pédagogiques.

**Mettons
en
chemin!**

Conclusion

Le CCASS s'engage à aider les organisations consacrées aux services de santé pour améliorer la vie au travail sur leurs lieux de travail par les moyens suivants : premièrement, institution d'un cadre plausible de qualité en tant que fondation de son programme d'agrément; deuxièmement, promotion de l'amélioration de la qualité comme outil efficace pour concevoir, mettre en œuvre, suivre et améliorer certains aspects précis de la vie au travail; troisièmement, amélioration constante de son programme d'agrément, surtout des normes, des critères et des autres composantes, afin d'aider les organisations à évaluer efficacement leurs pratiques de vie au travail. Les six mesures indiquées dans ce rapport aideront le CCASS à faire progresser la vie au travail, aux niveaux organisationnel et entre secteurs. Une stratégie globale sur la vie au travail établira un ordre du jour à long terme pour que le CCASS définisse les priorités et établisse des objectifs qui assureront des améliorations constantes et durables de la vie au travail dans l'accréditation du programme.

IV Utilisation : Implications pour la planification des ressources humaines infirmières dans les hôpitaux

Gail Tomblin Murphy, *Dalhousie Université*
Linda O'Brien-Pallas, *Université de Toronto*

Ce travail a été entrepris par Gail Tomblin Murphy et Linda O'Brien-Pallas. Il s'agit d'une prolongation de la récente étude des chercheuses, « La planification des ressources humaines en santé : examen des rapports entre le recours au personnel infirmier, une estimation de la santé de la population et les résultats de l'état de santé général en Ontario ». Ce document estimait l'association entre le nombre de journées d'hospitalisation et l'issue de la maladie chez les patients dans les hôpitaux de soins de courte durée au Canada.

Contexte :

Face à l'augmentation des attentes et des innovations technologiques dans les soins de santé, et face à une population vieillissante dont les besoins sont variés par rapport aux générations précédentes, les décideurs sont de plus en plus pressés d'améliorer l'efficacité de l'utilisation des ressources des soins de santé. Cela inclut une réflexion sur le changement du niveau et du mélange de ressources humaines de la santé qui dispensent les services et s'assurer que des réserves suffisantes de ressources humaines soient disponibles pour répondre aux besoins de la population.

La recherche suggère que la planification des ressources humaines de la santé ne peut pas être réalisée efficacement si on l'isole des processus de politique des soins de santé en général.

Une recherche récente en Ontario a étudié l'impact de différents niveaux de fourniture de soins infirmiers en milieu hospitalier sur les aboutissements des soins de santé. En particulier, elle a réfléchi aux points suivants :

À l'écoute du renouvellement : pleins feux sur les ressources humaines infirmières

1. si de plus hauts niveaux d'apports infirmiers sont associés à de plus bas niveaux d'autres apports,
2. si l'utilisation de davantage d'apports infirmiers pour appuyer les réductions de journées d'hospitalisation se fait aux frais d'aboutissements de soins de santé diminués.

Les résultats suggèrent que substituer davantage d'apports infirmiers à moins de journées représente peut-être un mélange plus efficace d'apports en soins de santé dans la production d'épisodes de soins pour patients hospitalisés.

La présente étude prolonge le travail récent effectué en Ontario. L'objectif primaire consistait à évaluer si les issues de la maladie chez les patients étaient sensibles aux différences du nombre observé de journées d'hospitalisation moins le nombre attendu de telles journées, après contrôle de l'âge, du sexe et des affections chroniques.

L'étude se concentrait avant tout sur la relation entre le déploiement des ressources et les issues de la maladie chez les patients, afin de fournir une base de preuves au sujet des conséquences des politiques qui influencent la disponibilité et l'utilisation des apports en soins de santé.

Estimer le besoin relatif de services de santé entre les populations et les régions représente un défi, mais nos résultats font ressortir les avantages possibles d'une incorporation supplémentaire de telles mesures à la planification des ressources humaines de la santé et la recherche. En plus des réserves, le cadre conceptuel guidant cette étude souligne que l'utilisation est une fonction non seulement des réserves, mais également de la façon dont les ressources humaines et les ressources technologiques sont déployées et organisées.

Objectifs et questions de la recherche :

L'étude se concentrait sur deux questions :

1. Comment la santé varie-t-elle en fonction des niveaux relatifs d'apports (journées de soins hospitaliers et, par procuration, exposition aux soins infirmiers) ?
2. Comment l'utilisation prévue de services hospitaliers par habitant varie-t-elle selon les provinces et les territoires, en fonction des différences des populations provinciales ?

Constatations :

Les preuves tirées du travail précédent des chercheurs suggèrent qu'après avoir contrôlé

les autres facteurs relatifs au système, aux patients et à la population, les hôpitaux ayant des moyennes d'hospitalisation plus faibles montrent de plus hauts niveaux d'utilisation d'infirmières par patient.

À partir de cette étude, les faits suivants s'avèrent :

- Des différences marquantes existent entre les provinces tant sur le plan de leur utilisation de services de santé (sous la forme de journées d'hospitalisation), que sur le plan de leur demande prévue desdits services.
- Certains facteurs autres que l'âge, le sexe, les revenus, le niveau d'études, le type d'emplacement, la présence ou non dans la vie active, les arrangements conjugaux et les affections chroniques, peuvent constituer de forts prédicteurs d'une utilisation des soins de santé (si tel n'était pas le cas, les valeurs réelles et prévues seraient bien proches l'une de l'autre).

Par exemple :

- Les jeunes femmes (entre 18 et 34 ans) étaient bien plus susceptibles d'avoir séjourné à l'hôpital que les hommes du même groupe. Nous attribuons ce fait aux hospitalisations découlant de la maternité.
- Les personnes interrogées non employées étaient bien plus susceptibles que les personnes interrogées détentrices d'un emploi à avoir passé une nuit à l'hôpital. Cela est très certainement attribuable au fait que les personnes non employées peuvent être atteintes d'une maladie, d'une invalidité ou de blessures demandant une hospitalisation.
- Les personnes qui vivent hors des zones couvertes par le recensement des villes étaient bien plus susceptibles d'avoir passé une nuit à l'hôpital que celles qui vivent dans les zones couvertes par le recensement des villes. C'est peut-être parce que les cliniciens préfèrent hospitaliser les personnes ayant un état de santé précaire et un accès réduit aux autres services (patients non hospitalisés, cliniques communautaires), qui sont donc hospitalisées pour une nuit d'observation.
- Il existe une relation inverse entre le niveau d'études et les hospitalisations d'une nuit. Cela s'explique peut-être par le fait que les personnes plus cultivées ont une meilleure connaissance de leur état de santé et ont développé de meilleurs réseaux d'accès aux soins.
- Lors de l'examen des constatations des personnes interrogées qui ont séjourné au moins une nuit à l'hôpital, le taux de journées d'hospitalisation par année est supérieur chez les jeunes femmes en âge de procréer et chez les hommes âgés. Cette constatation suggère que les obligations familiales influencent le nombre de journées d'hospitalisation par séjour, et suggère également le besoin de ressources

disponibles dans la communauté pour appuyer les obligations familiales ou fournir des soins à domicile. Par ailleurs, cela met en relief le besoin de planifier les sorties spéciales d'hôpital chez ce groupe de personnes.

- S'il est vrai que la dépression constituait un fort prédicteur du risque d'hospitalisation, nous notons que de plus hauts niveaux de dépression sont associés à davantage de journées d'hospitalisation par année que des taux plus faibles de dépression.

La récente étude FCRSS des chercheurs, effectuée en Ontario, conclut qu'une intensité accrue de soins infirmiers (mesurée par une augmentation des infirmières par journée d'hospitalisation) réduisait la durée du séjour, mais non aux dépens du système et des issues relatives à la santé.

Cette étude étaye cette constatation : il n'existait aucune preuve indiquant que les nombres plus faibles de nuits d'hospitalisation étaient associés à des niveaux plus bas d'état médical après le contrôle des autres facteurs basés sur la population. En fait, l'inverse était vrai : une fois à l'hôpital, plus une personne passe de journées d'hospitalisation, plus mauvaise est sa description de son état médical, et plus faible est sa probabilité d'avoir un score HUI supérieur à 0,8.

L'un des principaux résultats de l'analyse montrait que pour chaque journée où une personne était restée à l'hôpital plus longtemps que les journées prévues dans notre modèle, ses chances de décrire son état médical comme meilleur diminuait de 5 %. Même si cette constatation semble aller à l'encontre de l'intuition, un plus grand nombre de soins à l'hôpital est associé à un état médical plus mauvais après le contrôle des autres facteurs, et il est important de songer à ce qui peut expliquer une hospitalisation plus longue que prévue.

En particulier, des pénuries relatives d'autres apports en soins de santé, comme les ressources humaines infirmières, peuvent entraîner des retards du taux de guérison chez les patients, et donc une sortie retardée de l'hôpital. En d'autres termes, ce ne sont pas nécessairement les journées supplémentaires qui provoquent un mauvais état médical. Au contraire, des niveaux inadéquats d'autres apports, comme les services infirmiers, peuvent être responsables autant du nombre plus élevé que prévu de journées que d'un mauvais état médical. Il est également possible que ce résultat puisse avoir trait, en partie, à une exposition accrue aux effets iatrogènes de l'hospitalisation, avec hausse des journées d'hospitalisation, et/ou à certains aspects des besoins de santé non capturés par nos modèles.

Messages touchant aux politiques :

Les constatations de cette étude exercent des implications importantes sur le plan des politiques, et suggèrent que les stratégies réfléchissent aux cinq messages suivants touchant aux politiques et les intègrent à la planification des ressources humaines en matière de santé :

1. Aucune preuve n'indique que des nombres moindres de nuits d'hospitalisation étaient associés à des niveaux plus bas d'état médical, après examen des autres facteurs basés sur la population. Dans une étude liée (FCRSS), la relation entre l'intensité des soins infirmiers et la durée des hospitalisations en Ontario constatait que des durées plus courtes d'hospitalisation étaient associées à des niveaux accrus d'apports infirmiers.
2. Les populations montrant des taux plus élevés d'affections chroniques (diabète et maladies cardiaques) montrent un plus grand nombre de journées d'hospitalisation, et les nombres de journées d'hospitalisation diffèrent selon les lieux.
3. Un investissement significatif doit s'opérer en vue de créer et de maintenir des bases de données et des méthodes accessibles immédiates, qui permettent aux chercheurs et planificateurs de RHS de comparer les différences entre lieux, de comprendre les besoins de la population sur le plan de la santé, et de déterminer si le système fonctionne de manière efficace pour répondre à ces besoins. Des façons plus efficaces d'accéder aux données concernant l'utilisation des soins de santé et les facteurs influençant les besoins en soins de santé s'avèrent essentiels.
4. La planification des ressources humaines en matière de santé doit se fonder sur les besoins de la population au niveau de la santé, dans le contexte de la disponibilité d'autres ressources humaines et non humaines en matière de santé, et tenir compte d'autant de facteurs que possible qui affectent l'utilisation de services de soins de santé, y compris les facteurs d'ordre social, politique, géographique, technologique et économique.
5. La planification des ressources humaines en matière de santé ne peut pas dépendre de solutions simples pour fournir des réponses à court terme. Pour mieux comprendre les ressources humaines en matière de santé, la planification doit être globale, et la complexité du travail impose des partenariats, y compris des stratégies et des chercheurs ayant des perspectives différentes.
6. Cette étude souligne l'avantage potentiel d'initiatives préventives intenses en vue de réduire généralement les hospitalisations et leur durée pour les personnes atteintes de maladies chroniques et/ou de dépression.

**Mettons
en
chemin!**

**... tout le pays est prêt à
accueillir un effort concerté
visant à fournir des appuis
pour les questions quotidiennes
relatives à l'usage clinique.**

V Lignes directrices sur les usages cliniques : Diffusion et mise sur pied au Canada

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Avec le soutien de Santé Canada, l'AIIO a élargi sa diffusion et sa mise sur pied des directives sur les usages infirmiers cliniques à toutes les provinces et à tous les territoires du Canada. Le travail comportait trois grandes initiatives :

1. Ateliers

Les ateliers ont été bien reçus : quelque 1 400 personnes sont restées sur la liste d'attente. L'AIIO est prête à organiser d'autres ateliers de cette nature, pourvu que le soutien approprié soit assuré.

2. Traduction en français des directives sur les usages cliniques et des Fiches de renseignements pour la sensibilisation en matière de santé (FRSS)

Afin de veiller à ce que les infirmières et les patients d'expression française aient accès aux BPG et aux FRSS, les documents suivants, très demandés, ont été traduits. Cinq directives pour les pratiques cliniques ont été traduites en français :

- Soins axés sur les besoins des clients (Client Centred Care)
- Établissement de la relation thérapeutique (Establishing Therapeutic Relationships)
- Évaluation et prise en charge de la douleur (Assessment & Management of Pain)
- Évaluation du risque et prévention des lésions de pression (Risk Assessment & Prevention of Pressure Ulcers)
- Évaluation et traitement des lésions de pression de stades 1 à 4 (Assessment & Management of Stage I to IV Pressure Ulcers).

Douze fiches de renseignements pour la sensibilisation en matière de santé ont été traduites : Placer les patients à l'avant-plan (Putting Patients First) | Soulager la pression : Prévention des lésions de pression (Taking the Pressure Off : Preventing Pressure Ulcers) | Maîtriser sa douleur (Gaining Control of Your

Pain) | Prendre la décision de cesser de fumer (Deciding to Quit Smoking) | Pour comprendre les crises (Understanding Crisis) | La constipation : La prévention est la clé (Constipation : Prevention is the Key) | L'incontinence : Rompre le silence (Incontinence : Breaking the Silence) | Réduire vos risques de chute (Reduce Your Risk for Falls) | Objectif : Le contrôle de l'asthme (The Goal is Asthma Control) | L'allaitement maternel : Pour le meilleur départ possible (Breastfeeding—The Best Start) | Comment reconnaître le délire, la démence et la dépression (Recognizing Delirium, Dementia, Depression) | Prendre soin de ses jambes (Taking Care of Your Legs).

3. *Partenariats avec les organisations chefs de file en pratiques exemplaires en dehors de l'Ontario*

En Ontario, sept organisations du domaine des soins de santé ont établi un partenariat avec l'AIIO pour mettre en œuvre des directives sur les pratiques cliniques infirmières multiples à travers une démarche stratégique et structurée, et évaluer leur impact sur les issues de santé/cliniques du patient et l'impact sur le système/financier. Le financement de Santé Canada a permis à l'AIIO d'étendre cette occasion en dehors de l'Ontario : deux organisations du Québec ont été désignées comme organisations chefs de file en pratiques exemplaires supplémentaires. Les deux organisations chefs de file en pratiques exemplaires du Québec ont mis au point des plans pour la deuxième phase de l'initiative. La deuxième phase poursuivra le travail de développement des capacités, mais se concentrera intensément sur la mise en œuvre.

**Mettons
en
chemin!**

L'AIIO conclut que tout le pays est prêt à accueillir un effort concerté visant à fournir des appuis pour les questions quotidiennes relatives à l'usage clinique. La réponse des infirmières à travers le pays doit démontrer aux gouvernements, quel que soit le palier, la valeur d'un investissement généreux dans la mise en œuvre des usages cliniques fondée sur les preuves, par le biais d'une mise en œuvre active de lignes directrices sur les usages cliniques.

VI Préparation du cadre de l'enseignement, leadership et objectifs des effectifs

Académie des infirmières exécutives canadiennes, Association canadienne des écoles de sciences infirmières, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, Association canadienne des soins de santé, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada, Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Les recommandations contenues dans ces rapports sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des organisations qui ont collaboré au comité permanent du projet.

VI - 1 Préparation du cadre de l'enseignement - Objectif A : Processus de sélection des étudiantes

Auteurs :

Pauline Paul, *Université de l'Alberta*

Rene Day, *Université de l'Alberta*

Jeanette Boman, *Université de l'Alberta*

Wendy McBride, *Association canadienne des écoles de sciences infirmières*

Dina Idriss, *Association canadienne des écoles de sciences infirmières*

Résumé

Ce projet examinait les processus de sélection des étudiantes dans les programmes canadiens (diplôme) qui menait à l'enregistrement dans l'une des professions réglementées : IA, IAA et IPA. L'information a été recueillie lors de sondages électroniques et d'un certain nombre d'entrevues téléphoniques.

Les principales constatations indiquent qu'il n'existe pas de pénurie de postulantes intéressées par une éducation dans les sciences infirmières. Toutefois, la qualité des postulantes et la disponibilité des ressources à consacrer au processus de sélection posent parfois un problème. Néanmoins, les programmes n'ont pas dépassé leur

moyenne générale annoncée lors de l'admission des effectifs de 2003. Le rendement scolaire constitue la clé de l'admission à la majorité des programmes de baccalauréat, tandis qu'une proportion importante de programmes IAA adopte une démarche « premier venu, premier servi ». Peu de programmes recourent aux entrevues, aux lettres de recommandation ou à d'autres méthodes de sélection. Certaines personnes interrogées souhaitent utiliser ces moyens comme méthodes complémentaires. Tous les types de programmes demandaient des cours préalables analogues, et de nombreuses personnes interrogées ont évoqué un motif pour justifier leur utilisation. Ces divers motifs étaient certainement semblables à ceux trouvés dans la documentation et comparables à ce qui a été constaté lors du sondage d'autres disciplines.

Même si un nombre relativement modeste de programmes réservait des sièges aux étudiantes autochtones, peu étaient capables de remplir ces sièges. L'intention d'admettre ces étudiantes ne se traduit pas en chiffres appréciables. Peu de sièges étaient réservés aux étudiantes venant de régions rurales et éloignées, et cela n'a pas semblé inquiéter outre mesure les participants à l'étude. Il se peut que les étudiantes venant de ces régions sont présentes dans les programmes infirmiers et que, comme les étudiants masculins, elles sont compétitives avec les autres postulantes. Les étudiantes étrangères sont admises à une grande partie de programmes de baccalauréat et à certains programmes IAA. Même s'il est malencontreux qu'aucune question n'ait évoqué l'admission de nouveaux Canadiens, nous soupçonnons que les programmes auraient eu du mal à répondre à cette question; les règlements provinciaux concernant les droits de la personne empêchent de recueillir des informations de cette sorte. Les preuves anecdotiques dans notre université indiquent que les nouveaux Canadiens affrontent très régulièrement des défis en raison de la langue.

Les recommandations suivantes découlent de cette étude :

1. Les programmes de baccalauréat doivent continuer à se servir des moyennes générales, des cours préalables utilisés communément (anglais, biologie, chimie, physique et français), et des notes obtenues aux cours préalables comme principaux critères d'admission.
2. Les programmes IAA doivent sérieusement songer à ajouter la chimie comme cours préalable, en raison du niveau croissant de responsabilités des IAA dans le domaine de l'administration des médicaments.
3. L'habitude d'admettre des étudiantes selon le principe du premier venu, premier servi, doit être abolie dans tous les types de programmes infirmiers. Nous comprenons que les institutions parentes imposent souvent cette politique.
4. Au vu des limitations décrites dans la recommandation 3, les organisations nationales doivent encourager tous les organismes provinciaux de réglementation des études infirmières à admettre toutes les étudiantes sur la base de leur mérite,

- plutôt que de recourir à des méthodes aléatoires, comme les tirages au sort.
5. Les associations infirmières nationales doivent rechercher un financement pour évaluer s'il faut utiliser des méthodes complémentaires dans le processus d'admission. Par exemple, il serait utile d'offrir des ressources supplémentaires à des facultés ou écoles sélectionnées situées dans chaque région du Canada. Avec de telles ressources, les écoles pourraient mener un processus d'entretien commun, structuré, et systématiquement étudier dans quelle mesure cette méthode de sélection augmente la fidélisation aux programmes infirmiers. Il serait efficace de mener une étude sur plusieurs sites : cela pourrait permettre une évaluation de qualité sur l'intérêt de réaliser des entretiens d'admission.
 6. Un effort national doit être fait pour augmenter le nombre d'étudiantes autochtones dans les programmes infirmiers, et il faut prendre des mesures pour s'assurer que ces étudiantes reçoivent un financement et un soutien adéquats.
 7. Il faut entreprendre davantage de recherche au sujet de l'admission des nouveaux Canadiens aux programmes infirmiers. Un effort national systématique, avant l'admission aux programmes infirmiers, devrait leur donner la connaissance de la langue nécessaire à leur réussite dans la profession.
 8. À la lumière des difficultés de certains programmes à attirer des « postulantes de qualité », les organisations nationales doivent faire des efforts concertés pour sensibiliser à la rigueur des études infirmières.

VI - 2 Préparation du cadre de l'enseignement - Objectif B : Déperdition des effectifs d'étudiantes

Auteurs :

Rene Day, *Université de l'Alberta*

Pauline Paul, *Université de l'Alberta*

Jeanette Boman, *Université de l'Alberta*

Wendy McBride, *Association canadienne des écoles de sciences infirmières*

Dina Idriss, *Association canadienne des écoles de sciences infirmières*

Résumé

Cette étude examinait la déperdition des effectifs d'étudiantes dans les programmes IA, IAA et IPA, à l'aide de l'information recueillie par des sondages électroniques, des entretiens téléphoniques et des groupes de discussion. Les données ont été groupées pour les programmes de baccalauréat et les programmes IAA. En raison de la taille modeste du groupe interrogé, les résultats ont été combinés pour les programmes IA (diplôme) et le programme IPA qui a répondu.

La principale constatation concerne le manque d'une définition commune de la déperdition des effectifs. De plus, l'institution offrant le programme peut ne pas recueillir les types d'information que cherchait ce sondage. Entre 50 et 75 % de tous les programmes infirmiers réalisent bel et bien une enquête sur les motifs de la déperdition des effectifs.

Les étudiantes quittent les programmes infirmiers surtout au cours des deux premières années. Elles quittent en raison d'un manque de ressources financières, d'une faiblesse scolaire, et de responsabilités personnelles accrues. D'autres questions citées concernent la santé et le stress. Certaines étudiantes quittent en raison de la structure du programme infirmier et du manque de soutien scolaire. Il est intéressant de noter que les programmes infirmiers et leurs institutions parentes fournissent un large éventail de services de soutien, mais les étudiantes s'en servent peu. Du point de vue de la profession ou de la carrière, les étudiantes abandonnent parce qu'elles se sentent mal adaptées au métier d'infirmière, en raison des impressions négatives qu'émettent les infirmières en poste et de la façon dont elles sont traitées dans le milieu clinique. Ces raisons sont toutes préoccupantes pour la profession infirmière. Entre zéro et 25 % des étudiantes qui ont quitté les programmes infirmiers reprennent leurs études dans l'année qui suit leur abandon.

Les entretiens de départ des étudiantes qui quittent les programmes infirmiers sont réalisés par 56,7 % des programmes de baccalauréat, par 37,5 % des programmes IAA et IA (diplôme) et du programme IPA. Soixante-treize pour cent des programmes infirmiers étudiés appuient l'adoption d'un entretien standardisé de départ à l'échelle du Canada.

Les recommandations suivantes découlent de cette étude de la déperdition des effectifs :

1. Développer une définition standardisée de la déperdition des effectifs pour tous les types de programmes infirmiers, et utiliser cette définition pour calculer les taux de déperdition (les politiques institutionnelles feront de cela une étape difficile, mais non impossible).
2. Développer et mettre en œuvre une entrevue de départ standardisée, à l'échelle du Canada, pour toutes les étudiantes qui quittent les programmes infirmiers.
3. Étudier plus systématiquement la déperdition des effectifs à partir de trois points de vue :
 - A. Étudiantes : raisons de leur abandon des programmes infirmiers, services qu'il leur faut pour réussir, et pourquoi elles n'utilisent pas les services à leur disposition
 - B. Programmes infirmiers : si oui ou non les programmes gèrent la déperdition des effectifs en admettant des étudiantes au-dessus du quota, si la taille des groupes cliniques et le ratio instructeur/étudiantes dans la pratique clinique influence les taux de déperdition des effectifs

- C. Profession infirmière : si la production des programmes infirmiers est suffisante, ce que fait la profession pour conserver les nouvelles diplômées
4. Par l'intermédiaire de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (CAN), l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) et les associations infirmières provinciales, régler la façon d'aider les étudiantes infirmières éventuelles à comprendre la profession d'infirmière, ainsi que la rigueur des programmes infirmiers et du travail des infirmières. Cet effort pourrait prendre la forme d'un site Internet national, qui serait une source commune d'information, et pourrait régler la principale raison de quitter les programmes infirmiers, à savoir la soi-disant « inadaptation à la profession d'infirmière » des étudiantes.
 5. À travers l'AIIC, l'ACESI et les associations infirmières provinciales, étudier les impressions négatives que perçoivent les infirmières en poste, et le traitement des étudiantes infirmières dans la pratique clinique, qui provoquent l'abandon des programmes infirmiers. D'autres disciplines relatives à la santé s'engagent depuis longtemps à fournir un mentor à leurs étudiantes et à leurs nouvelles diplômées. La formation d'infirmière a besoin d'une amélioration dans ce domaine.
 6. À travers des sites sélectionnés et des types sélectionnés de programmes infirmiers, étudier l'efficacité de stratégies particulières destinées à diminuer la déperdition des effectifs.
 7. Développer et tester des stratégies visant à retenir les nouvelles Canadiennes dans les programmes infirmiers (telles que des moyens de tester et d'augmenter la connaissance de l'anglais, et d'aider leur connaissance du domaine infirmier et des valeurs canadiennes).
 8. Étudier de quelle façon les programmes infirmiers peuvent fournir leur appui et un mentor aux étudiantes autochtones et étrangères, et aux étudiantes venues de régions rurales et éloignées, afin qu'elles achèvent leurs programmes.

VI - 3 Préparation du cadre de l'enseignement - Objectifs C et D : Placements en clinique

Auteurs :

Elizabeth Diem, *Université d'Ottawa*

Betty Cragg, *Université d'Ottawa*

Denise Moreau, *Université d'Ottawa*

Sylvie Lauzon, *Université d'Ottawa*

Jocelyne Blais, *Université d'Ottawa*

Wendy McBride, *Association canadienne des écoles de sciences infirmières*

Dina Idriss, *Association canadienne des écoles de sciences infirmières*

Chercheuses :

Alwyn Moyer

Janet Ansong-Danquah

Constitutrices :

Arlene Galloway-Ford, *Vancouver Island Health Authority*

Mary Loughheed, *Université de Victoria*

Pierrette Guimond, *Université d'Ottawa*

Mary Anne Krahn, *Fanshawe College*

Jane Milliken, *Université de Victoria*

Dianne Symonds, *Kwantlen University College*

Résumé

Une formation clinique efficace et secondée est indispensable s'il faut préparer les infirmières diplômées qui peuvent contribuer à la santé des Canadiens. La Stratégie pour les soins infirmiers au CCCSI ont tous deux reconnu le fait que les écoles infirmières et les organisations en matières de soins de santé doivent ensemble préparer des infirmières diplômées, surtout en ce qui concerne les placements en cliniques. Pourtant, il n'existe actuellement aucune donnée relative aux placements en cliniques au Canada, pas plus qu'il n'existe d'analyse systématique des facilitateurs et des obstacles à une formation clinique optimale.

Ce projet examine les occasions de placement en clinique en faveur des étudiantes, les obstacles qui empêchent les placements, et les facteurs qui décident des placements en cliniques adéquats. En outre, il identifie des modèles nouveaux et naissants de formation clinique. Il comporte le point de vue des écoles infirmières, des étudiantes et des institutions de soins de santé permettant d'identifier les coûts et les occasions associées à l'amélioration de la formation clinique des étudiantes en sciences infirmières.

Le projet s'est réalisé grâce à une analyse de la documentation; des sondages auprès des étudiantes, des membres d'écoles d'infirmières et d'organisations de soins de santé, ainsi que des entretiens avec des dirigeants d'écoles infirmières.

L'analyse de la documentation et le résultat des sondages auprès des trois populations indiquaient des points de vue semblables dans tout le pays :

- Il existe un manque de données sur la compétence et l'efficacité des différentes stratégies de formation clinique dans les sciences infirmières et autres professions relatives aux soins de santé.

- Les écoles infirmières et les organisations fournissant des placements en cliniques déclarent que la capacité est atteinte.
- Les ressources pédagogiques sont rares.
- La tension sur le système, qu'exerce le nombre croissant d'étudiantes, contribue à réduire les occasions de placement des étudiantes.
- Les étudiantes font face à la fois aux coûts financiers et aux coûts psychologiques provenant de la formation clinique.
- Les étudiantes en baccalauréat sont très confiantes et peu stressées au cours de la première année, mais la confiance s'amenuise et le stress s'accroît jusqu'à la troisième année.
- Enfin, il existe des occasions de formation clinique dans la communauté si les leçons apprises lors de la formation clinique dans les institutions sont prises en compte.

Recommandations

1. Financer la recherche qui comporte un réseau national de recherche sur la formation infirmière clinique, et qui présente les qualités suivantes : concentration sur les aboutissements, essais aléatoires de contrôle dans plusieurs sites, exploration de nouveaux modèles de formation clinique, de supervision et de questions identifiés dans la documentation.
2. Établir un système de collecte de données, particulier à chaque programme, et une étude environnementale périodique visant à identifier de possibles changements de système et pressions.
3. Trouver un modèle permettant d'estimer la capacité des systèmes de santé, dans les régions, à fournir une formation clinique.
4. Établir une mission permettant d'identifier les coûts de la formation clinique en ce qui a trait aux institutions pédagogiques, aux agences cliniques qui fournissent des placements et aux étudiantes, et chercher à régler les coûts de manière équitable.
5. Donner la priorité à l'appui, à l'évaluation et à la recherche d'un modèle de préceptrice.
6. Commencer, dans plusieurs sites, des projets visant à explorer l'utilisation et l'efficacité de la formation clinique communautaire dans le domaine de la santé et des soins infirmiers.

VI - 4 Préparation du cadre de l'enseignement - Objectif E : Carrières d'infirmière éducatrice

Auteurs :

Ellen Rukholm, *Université Laurentienne*

P.H. Bailey, *Université Laurentienne*

Sharolyn Mossey, *Université Laurentienne*

Craig Duncan, *Université Laurentienne*

Wendy McBride, *Association canadienne des écoles de sciences infirmières*

Dina Idriss, *Association canadienne des écoles de sciences infirmières*

Résumé

Le système canadien des soins de santé fait face à une crise liée à une grave pénurie imminente d'infirmières autorisées. De nombreuses études de recherche se sont concentrées sur la mise en œuvre de politiques, la planification et la programmation, afin de répondre aux vastes demandes futures en personnel infirmier. En même temps qu'une demande accrue de personnel infirmier se profile un plus grand besoin d'infirmières éducatrices.

Ce projet examinait les programmes canadiens d'infirmière éducatrice (diplôme) qui mènent à l'enregistrement dans des professions infirmières réglementées (IA, IPA, IAA), à l'aide de données et d'information recueillies par des sondages, des entretiens téléphoniques, des groupes de discussion et des analyses de documents. Il identifie les incitateurs aux carrières dans la prestation d'éducation du personnel infirmier, et les obstacles qui s'y opposent. La démarche de cette recherche comporte une analyse de documents, des sondages, et des entretiens avec des informateurs clés.

Les principales constatations indiquent que les obstacles communs se concentrent sur le salaire, les ressources, le développement professionnel et la charge de travail. Les incitateurs comprennent un intérêt pour l'enseignement et un engagement envers le développement de la profession. Les infirmières et les étudiantes diplômées ont le plus souvent indiqué que le salaire constitue le facteur qui exige une intervention s'il faut rendre la formation infirmière plus attrayante. Cela se retrouve dans les narrations, où les infirmières éducatrices éventuelles ont le plus souvent désigné le salaire, la charge de travail, les occasions et l'appui du développement professionnel, la disponibilité d'emplois à temps plein et l'infrastructure comme des facteurs qui influencent le choix d'opter pour la profession d'infirmière éducatrice.

Les chefs infirmières éducatrices ont indiqué que le salaire, la charge de travail, les occasions de développement professionnel et les emplois à temps plein constituent des

facteurs démotivants. Nombre d'entre elles ont indiqué des préoccupations graves au sujet des pénuries prévues et la difficulté à recruter des infirmières éducatrices qualifiées, surtout face aux défis financiers. Un autre défi consiste à recruter et à conserver des enseignants cliniques, en raison de salaires concurrents, de pénuries d'infirmières sur le lieu de travail, et d'autres questions qui varient légèrement d'une province à l'autre. Les entretiens avec les infirmières éducatrices ont mis à jour une impression générale de dévaluation ou de sous-évaluation de la profession infirmière, de la formation infirmière et des infirmières éducatrices.

En conclusion, les infirmières éducatrices actuelles sont priées de conserver leur rôle et les infirmières éventuelles expriment une hésitation à devenir des infirmières éducatrices en raison de faibles salaires, d'une lourde charge de travail, du peu d'occasions de développement professionnel et du manque d'emplois à temps plein. Également, les chefs infirmières éducatrices ne peuvent pas mettre en œuvre les changements nécessaires pour conserver et recruter individuellement. Un effort concerté est indispensable aux niveaux national, provincial et local.

Les recommandations suivantes découlent de cette étude des carrières des infirmières éducatrices :

1. Refaire l'étude avec un groupe échantillon plus grand, stratifié et aléatoire représentatif des infirmières éducatrices qui préparent les IAA, les IPA et les IA.
2. Fournir des incitateurs de développement professionnel, y compris un financement des études de cycle supérieur et des études de doctorat.
3. Fournir des bourses de déplacement et de logement en faveur de celles qui vivent loin des programmes de cycle supérieur.
4. Faciliter le développement de programmes de doctorat plus accessibles (programmes de doctorat à distance et sur l'Internet).
5. Instaurer une stratégie nationale/provinciale/locale coordonnée avec les autres principaux partenaires dans le gouvernement, dans la pratique (tous secteurs confondus) et les institutions pédagogiques, afin de régler la question des charges de travail telles que la surcharge de travail, les emplois à temps plein plutôt qu'à temps partiel, la sous-évaluation ou la dévaluation du rôle d'infirmière éducatrice, et la pénurie d'enseignants cliniques.
6. Créer une stratégie nationale de marketing visant à mettre en relief les rôles infirmiers, la valeur des infirmières, ainsi que le dévouement et l'engagement indispensables à la formation des infirmières de demain.
7. Instaurer une stratégie nationale/provinciale/locale pour régler les inégalités de salaire entre pratique et formation, entre collègues et universités, pour les postes à temps plein et à temps partiel, et entre régions. Les salaires représentent une

**Mettons
en
chemin!**

question importante aux yeux des infirmières éducatrices actuelles et éventuelles, ainsi qu'aux yeux de leurs chefs infirmiers administratifs.

VI - 5 Objectif de leadership A : Projet de préceptorat et de mentorat de l'AIIC

Auteur :

Nancy E. Watters, *consultante infirmière et directrice de projet*

Résumé

L'objet du Projet de préceptorat et de mentorat de l'AIIC consistait à créer de nouvelles ressources pour aider le développement et la mise en œuvre de modèles de rôle grâce aux programmes de préceptorat et de mentorat applicables à tous les domaines de la profession infirmière.

Le champ d'application de ce travail, entrepris de janvier à mars 2004, comportait :

- la validation des compétences pour les préceptrices
- la création et la validation des compétences pour les mentors
- enfin, le développement plus approfondi d'un guide de ressources.

La première partie du projet se fondait sur l'ébauche d'une liste de compétences pour les préceptrices, mise au point par l'AIIC avant le démarrage du projet. L'outil de validation des compétences de préceptorat a été créé pour attribuer une note à chacune des compétences ébauchées et leur rubrique sur une échelle à 3 points, de type Liker, pour définir dans quelle mesure la déclaration était pertinente, importante, réaliste et claire. L'outil a été distribué par courriel aux infirmières. Une cinquantaine de sondages a été remplie. Le taux de remplissage des éléments dépassait 90 % et toutes les catégories de réponses ont été utilisées. Il existait un consensus évident concernant les compétences à conserver telles quelles, et les divers domaines qui avaient besoin de retouches. Plusieurs préoccupations dominantes se sont manifestées. De nombreuses personnes sondées ont demandé si la liste complète de compétences à la rubrique « Attributs personnels et facilitation de l'apprentissage » était réaliste ou atteignable par toutes les préceptrices infirmières. Une autre préoccupation concernait le fait que les compétences de la rubrique « Facilitation de l'apprentissage » n'indiquaient pas assez clairement que l'apprentissage se tiendrait surtout dans la pratique clinique, plutôt qu'en salle de classe. La liste des compétences individuelles a été modifiée en fonction de cela. Plusieurs éléments ont été supprimés, de nombreux ont été modifiés et plusieurs notes de bas de page ajoutées pour éclaircir les attentes des deux catégories considérées comme loin d'être entièrement réalistes.

Ensuite, une réunion d'infirmières expertes s'est tenue pour dresser une liste de compétences ébauchée pour les mentors. La liste a été incorporée au sondage sur l'outil de validation des compétences de mentorat. Le sondage a été distribué par courriel aux infirmières : trente et une infirmières l'ont rempli. Les réponses à l'outil pour les compétences de mentorat indiquaient une préoccupation générale, à savoir s'il était réaliste d'attendre que chaque infirmière mentor atteigne toutes les compétences - surtout à la rubrique « Attributs personnels et encouragement du développement ». Les commentaires reflétaient une préoccupation envers le fait que ces compétences puissent ne pas être aussi applicables aux infirmières mentors détenant des postes de personnel clinique qu'elles le seraient aux rôles d'administration, d'éducation ou de recherche.

La liste ébauche de compétences de mentorat a été refaite. Plusieurs éléments ont été supprimés, de nombreux ont été modifiés et plusieurs notes de bas de page ajoutées pour éclaircir les attentes des deux catégories considérées comme loin d'être entièrement réalistes. Parce que les compétences liées à « la réflexion visionnaire », à « la prise de risques et l'innovation », au « leadership » et au « réseautage au sein de la communauté dans son ensemble » sont bien étayées par la documentation, par l'expérience pratique des infirmières expertes en mentorat - ces concepts ont été conservés. Toutefois, une note explicative en bas de page a été ajoutée pour expliquer qu'il existe un éventail de rôles officiels et officieux de mentorat qui apparaissent en faveur des infirmières. Ces rôles varient selon le cadre. Certaines des compétences de mentorat ne s'appliqueront pas toujours à chaque situation.

Les données indiquent que le rôle de mentorat pour les infirmières est moins bien compris que le préceptorat. Ce fait est étayé par la documentation, qui suggère que les programmes de mentorat sont relativement nouveaux venus dans le monde infirmier, et proviennent du cadre corporatif et du modèle des affaires, plus familiers. Les comportements clés autour du leadership, de la prise de risques, de la créativité et de l'innovation sont bien appuyés pour le processus de mentorat, autant par la documentation, que par le groupe de travail expert directement impliqué dans les programmes de mentorat pour infirmières. Le processus permettant de développer et de valider les compétences du mentorat a très bien fonctionné. Des réunions de travail en tête à tête entre experts sur le terrain, venant d'une gamme de domaines (pratique, éducation, administration et recherche) avec une facilitation spécialisée, ont entraîné une liste ébauche de qualité, énumérant les compétences qui pourraient être distribuées pour permettre une analyse plus poussée.

Le personnel de politiques infirmières de l'AIIC a effectué une analyse de documentation et plusieurs ébauches d'articles sur le préceptorat, le mentorat et l'accompagnement, dont une bibliographie étendue et plusieurs annexes, qui représentaient une mise à jour

du *Guide de ressources du préceptorat de 1995* de l'AIIC. Ces ébauches de documents ont été modifiées et combinées en même temps que les listes définitives de compétences pour les préceptrices et les mentors créées à travers le projet actuel, en une seule ressource globale, intitulée *L'excellence en pratique professionnelle : Guide du préceptorat et du mentorat*. Certaines parties de ces documents ont servi à expliquer le contexte aux groupes de travail experts. L'AIIC entend continuer à développer ce document et le publier plus tard dans l'année.

Tout au long de ce projet, un thème important s'est profilé : l'enthousiasme et l'engagement des infirmières aux quatre coins du Canada et dans divers domaines de pratique, envers l'importance du rôle de préceptorat et de mentorat afin de faire progresser la profession et d'aider les infirmières à dispenser des soins de qualité. De nombreuses personnes sondées ont ajouté des commentaires louant le travail en cours et indiquant que le développement de compétences pour de tels rôles était précurseur et précieux.

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada se trouve dans une position idéale pour faire progresser ce travail de préceptorat et de mentorat dans tout le pays. L'AIIC dispose d'un système de distribution réactif, qui s'étend à tout le pays et touche les organisations professionnelles provinciales et territoriales et les organisations de réglementations qui en sont membres, des spécialistes de l'AIIC de groupes infirmiers nationaux affiliés et associés, et des experts connus dans divers domaines de pratique. L'AIIC dispose également d'un système de publication et de communication, fournissant des ressources et du leadership qui permet de faire progresser la profession.

VI - 6 Objectif de leadership B : **La valeur économique du domaine infirmier :** **Cadre conceptuel et identification d'une stratégie analytique**

Auteurs :

Stephen Birch, *l'Université McMaster*

Amiram Gafni, *l'Université McMaster*

Remerciements :

Nous remercions Linda O'Brien Pallas de ses commentaires judicieux sur les ébauches de ce document.

Résumé

D'ordinaire, les services de santé sont un produit de ressources multiples, dont l'une est constituée de ressources humaines spécialisées. L'évaluation de la valeur des apports

des ressources humaines au secteur de la santé et à l'économie représente un terrain inconnu. L'économie suggère trois principes sous-jacents pour cette évaluation :

- *la rareté*, lorsqu'il peut y avoir des ressources insuffisantes pour satisfaire toutes les utilisations possibles
- *le choix*, lorsqu'un manque de disponibilité impose un choix sur la façon d'utiliser les ressources
- *le coût de l'occasion*, lorsque la décision d'utiliser une ressource d'une certaine façon implique un coût si l'on n'utilise pas cette ressource d'une autre manière, même s'il est préférable que la valeur du choix soit au moins égale à l'alternative.

Pour relier ces principes économiques au domaine infirmier, il faut d'abord définir la valeur associée aux divers services de santé. Dans le secteur de la santé, les forces externes sont importantes à ce calcul.

- La préférence de la plupart d'entre nous est de vivre notre vie sans devoir recourir à des services de soins de santé. Par conséquent, la demande est imposée de force aux personnes soit en raison de maladie, soit en raison d'une velléité de prévenir la maladie.
- Dans la prestation de services (répondre à la demande), les prestataires de soins de santé exercent souvent une influence sur la demande d'autres services. Souvent, cette demande accrue est imposée de force aux personnes les moins capables de payer les services, ce qui entraîne des prix minimaux.
- En raison des influences potentielles de la maladie et des affections sur d'autres personnes que celle qui est directement touchée, la prestation de services à des personnes peut davantage toucher les personnes à qui ils sont dispensés.

Par conséquent, s'il faut évaluer la valeur économique des infirmières ou de tout autre contributeur à la production de services de santé, il faut autre chose que de simples observations du marché.

Voici une représentation ou un cadre mathématique de pareils services de soins de santé. Lorsque :

S représente l'issue sur la santé / le produit du service de soins de santé,

N représente le nombre d'heures infirmières,

L représente le nombre de lits d'hôpital,

C représente le niveau d'acuité des patients,

... représente les nombreuses autres ressources potentielles,

T représente la technologie (méthodes de production utilisées),

P représente d'autres facteurs influençant la probabilité d'épisodes de soins menant à des améliorations de la santé (par ex., facteurs environnementaux locaux, conditions socio-économiques)

$$S = f(N, L, C, \dots, T, P)$$

Ce cadre conceptuel offre une méthodologie qui permet d'identifier les différentes façons dont les infirmières contribuent au bien-être de la population. Sur la même lancée, l'application de ce cadre conceptuel peut servir à compléter la recherche sur le coût économique des infirmières et à donner une base de preuves destinée aux stratégies concernés par la planification des ressources humaines dans le secteur de la santé.

Si l'on recourt à ce cadre, la valeur économique des infirmières peut se mesurer en envisageant si un changement du nombre d'infirmières employées est lié à :

- des changements des autres ressources (par ex., substituer du temps d'infirmière à du temps de médecin, ou substituer du temps d'infirmière pour réaliser des tâches non infirmières)
- des changements de la quantité de services fournis lorsque, à l'exception du nombre d'heures d'infirmières, tous les autres facteurs demeurent inchangés
- les changements d'issues sur la santé découlant des services dispensés pour le même mélange de patients (par ex., mesuré à travers des éléments tels que la mortalité des patients, les réadmissions, la satisfaction vis-à-vis des soins).

**Mettons
en
chemin!**

VI - 7 Objectif de leadership C :

Compétences demandées aux responsables d'infirmières : Identifier les aptitudes, les attributs personnels et les connaissances demandés aux responsables d'infirmières, et facilitateurs et obstacles que connaissent les responsables d'infirmières cherchant à acquérir et à perpétuer ces compétences

Auteurs :

Mary Ellen Jeans, *Association des infirmières et infirmiers du Canada*

Kathleen M. Rowat, *Association des infirmières et infirmiers du Canada*

Résumé

Dans le cadre d'une série d'initiatives cherchant à procéder au suivi des recommandations formulées dans le rapport du CCCSI (2002), ce projet traitait des compétences demandées aux responsables d'infirmières, ainsi que les facilitateurs et les obstacles touchant l'acquisition et le maintien de ces compétences. Les compétences ont été définies comme des aptitudes, des connaissances et des attributs personnels. Les responsables d'infirmières ont été définies comme des personnes qui occupent un poste dirigeant de premier niveau et dirigent des infirmières (et autres) dispensant des soins directs. Les infirmières comprenaient les IA, les IAA et les IPA.

Parmi les méthodes de recherche se trouvait une démarche pancanadienne aussi inclusive que possible, vu les délais serrés. Plusieurs méthodes de collection des données ont été mises en œuvre, dont une analyse de la documentation pertinente, des entretiens avec les informateurs clés, un sondage sur l'Internet, une analyse des offres d'emploi et dix groupes de discussion. En tout, 629 infirmières ont pris part à ce projet.

Les résultats étaient extrêmement semblables dans toutes les méthodes de recherche et dans les divers groupes sondés. Voici les principales constatations :

- Il n'existait pas de différences discernables des réponses des IA, des IAA et des IPA.
- Il existait un accord marqué entre les infirmières cadres, les responsables d'infirmières et le personnel infirmier au sujet des cinq principales compétences jugées importantes pour les responsables d'infirmières.
- Les cinq premières compétences comprenaient : imputabilité pour la pratique professionnelle; communication (verbale); consolidation de l'équipe, aptitudes dirigeantes et résolution des conflits. Pour les infirmières en chef, on trouvait une connaissance des questions d'ordre moral et juridique dans les cinq premières

compétences importantes des responsables d'infirmières.

- Aucune des 44 déclarations de compétence n'a reçu l'appréciation « Pas important du tout ».
- Les cinq facilitateurs/obstacles les plus importants concernant l'acquisition de compétences étaient semblables pour les infirmières cadres, les responsables et le personnel.
- Voici les cinq facilitateurs des 16 facilitateurs/obstacles les plus importants :
 - un milieu de travail stimulant,
 - des attentes claires et raisonnables,
 - l'équilibre dans le travail et la vie,
 - une charge de travail raisonnable,
 - l'accessibilité aux programmes de formation à la gestion (pour les infirmières en chef, on trouvait l'accessibilité à un mentor dans les cinq premières classifications).
- Les résultats des groupes de discussion soulignaient des conditions très difficiles et stressantes dans le travail des responsables d'infirmières.
- Tous les groupes interrogés ont recommandé davantage d'appui en faveur des responsables d'infirmières en première ligne.
- L'importance du rôle de responsable d'infirmières envers l'intégrité des soins de santé a été mise en évidence.

Sur la base des constatations de cette étude, les recommandations suivantes sont formulées, dans le but ultime d'améliorer l'accès et la qualité des soins aux patients en renforçant les compétences et les rôles de responsables d'infirmières en première ligne.

Mettons en chemin!

1. Les employeurs du domaine des soins de santé doivent investir dans des postes de responsable en première ligne. Ils pourront avoir un retour de cet investissement s'ils se concentrent sur la gestion des soins aux patients. Cette étude et la documentation corrélative suggèrent qu'un responsable d'infirmières en première ligne, bien visible et bien informé peut améliorer la qualité et l'efficacité des soins aux patients, le moral et la motivation du personnel, ainsi que la sécurité et la satisfaction des patients.
2. Les employeurs doivent offrir un soutien technique et de bureau aux responsables en première ligne, afin de leur donner le temps de travailler avec le personnel, les patients et les familles.
3. Les employeurs du domaine de la santé doivent offrir un appui aux responsables et aux responsables éventuels en vue d'accéder aux programmes pédagogiques qui permettront d'augmenter et de consolider les compétences. On constate qu'un milieu encourageant au travail constitue le facteur facilitateur le plus important afin que les responsables acquièrent et maintiennent les compétences.

4. Les programmes nationaux et régionaux de mentorat doivent être appuyés pour assurer des nombres adéquats de responsables en première ligne qualifiés pour perpétuer le système de prestation des soins de santé. Ces dernières années, plusieurs rapports prévoient, dans un avenir proche, une grave pénurie d'infirmières au Canada. Selon les constatations de ce projet, à une baisse des prestataires s'ajoutera une baisse du personnel intéressé par des postes de direction. Les infirmières en chef n'aspieraient ni à un surcroît de travail, ni à leur éloignement des patients.
5. Vu que les employeurs exigent des profils de compétences plus complexes pour les responsables en première ligne, les programmes pédagogiques locaux doivent être disponibles pour aider le développement de ces compétences. L'analyse des descriptions d'emploi relatives aux responsables d'infirmières suggérait que de plus en plus, on demandait des aptitudes et des connaissances conceptuelles plus complexes. Si ces compétences sont importantes, la formation doit être facilement disponible.
6. Les employeurs et éducateurs du domaine des soins de santé doivent songer aux programmes éducatifs interdisciplinaires pour enseigner les compétences rudimentaires relatives à la gestion des soins de santé et au leadership. La documentation et la recherche rapportées ici identifient un certain nombre de compétences importantes pour les responsables d'infirmières, plus générales et non particulières à cette discipline. Ces compétences comprennent la communication, la consolidation de l'équipe et la gestion des ressources. Plusieurs aboutissements positifs peuvent résulter du fait de faire apprendre ensemble plusieurs professionnels des soins de santé ; travailler mieux ensemble figurerait parmi ces aboutissements. Des programmes de mentorat plus intensifs pour les responsables d'infirmières pourraient fournir des compétences particulières à la discipline, comme la gestion des soins infirmiers.

VI - 8 Gestion de la main-d'œuvre - Objectif A : **Évaluer l'utilisation, l'observance et l'efficacité :** **Outils de mesure de la charge de travail des infirmières**

Auteurs :

Fran Hadley, *Association des infirmières et infirmiers du Canada*

Kathleen Graham, *Association des infirmières et infirmiers du Canada*

Mary Flannery, *Association des infirmières et infirmiers du Canada*

Résumé

La « charge de travail des infirmières » se définit comme la quantité de soins attribués aux patients, sur la base d'une évaluation de leurs besoins en soins infirmiers et les

soins qu'il leur faut. Les outils de mesure de la charge de travail des infirmières fournissent un système pour recueillir des éléments précis des besoins en soins de chaque patient et les normes nécessaires à la dispense des soins par rapport au temps de personnel disponible. Les données que produisent ces outils fournissent aux responsables et aux cliniciens certains renseignements qui les aideront à prendre des décisions. Les objectifs de ce projet étaient donc les suivants :

- évaluer l'utilisation, l'observance et l'efficacité des outils du système de mesure de la charge de travail pour les IA, les IAA et les IPA dans le cadre des hôpitaux et celui des soins de santé communautaires
- identifier les éléments d'outils de mesure de la charge de travail efficaces concernant les infirmières.

On a sélectionné une démarche pancanadienne pour compiler ce rapport sur les outils du système de mesure de la charge de travail. Les méthodes de recherche comprenaient une recherche et une analyse approfondie de la documentation, des entretiens avec les principaux informateurs, un sondage sur l'Internet du personnel de première ligne et des responsables de première ligne, ainsi que des groupes de discussion comportant du personnel de première ligne.

Les constatations tirées du sondage, des groupes de discussion et des principaux informateurs confirmaient les renseignements rassemblés lors de l'analyse de la documentation. Dans les évaluations spécifiques de *l'utilisation*, de *l'observance* et de *l'efficacité* des outils du système de mesure de la charge de travail, les participantes au sondage ont sans cesse fait état de leur mécontentement envers les outils du système de mesure de la charge de travail. Elles étaient d'avis que les outils actuels du système de mesure de la charge de travail sont démodés et ne reflètent pas les changements des soins de santé dans les hôpitaux, les besoins en soins des patients dont le profil est en évolution, la proportion accrue de maladies aiguës chez les patients hospitalisés, ainsi que le suivi adéquat et la mesure adéquate de la complexité, le travail impliquant plusieurs tâches, et des éléments de catégories du personnel dans l'environnement de travail des infirmières.

Cette étude de l'outil du système de mesure de la charge de travail a donné lieu à plusieurs recommandations. L'ordre des recommandations n'entend aucunement impliquer leur importance ou leur priorité.

- *Données, information et prise de décisions*
 - Sélectionner et standardiser les éléments de données et la collecte de données, en vue de permettre des comparaisons et un établissement de repères valables (« autoroute de l'information », ensembles minimaux de données).

- Le logiciel doit correspondre aux spécifications permettant leur intégration à l'autoroute de l'information.
- Créer une centrale qui permette le partage des outils, de l'information et du réseau afin d'aider les décideurs. Cette centrale peut être nationale ou internationale, étant donné le marché et l'utilisation du système de mesure de la charge de travail dans les autres pays.
 - Chercher à savoir si le système de mesure de la charge de travail pourrait être suffisamment standardisé et validé afin de l'inclure dans des formules de pondération ; se procurer des ressources adéquates.
 - Créer, guider et diffuser des modèles d'appui des décisions, qui traitent et évaluent les changements dans les catégories de patients et dans celles du personnel.
 - Évaluer de manière critique et développer un dossier commercial générique, afin d'étayer un investissement de ressources rares (temps, argent, occasions manquées) dans le système de mesure de la charge de travail, au profit des patients et des infirmières. Les chefs infirmières pourraient se servir de ce dossier commercial et l'adapter en vue d'appuyer tant les décisions dans les établissements que dans le système, par ex., l'Institut Canadien d'Information sur la Santé. Chacun a besoin de voir clairement le rendement de son investissement : infirmière en chef, responsable, hôpital, administration, patient, financeurs et contribuables.
- *Acceptation par les praticiens*
 - Développer une stratégie complète visant à traiter les mauvaises expériences passées sur le plan du système de mesure de la charge de travail, et le scepticisme qui empêche de comprendre la validité interne et externe des outils. Il est à espérer que cette recommandation influencera une réflexion critique au sujet de la préférence actuelle pour des outils rétrospectifs, et le soi-disant besoin d'outils très spécialisés, à l'intérieur de chaque unité.
 - Rechercher un outil interdisciplinaire qui capture l'aspect holistique des besoins de soins aux patients.
 - S'assurer que les rapports relatifs au système de mesure de la charge de travail donnent des résultats explicites, et que des ressources adéquates sont fournies en réponse aux résultats (financement permettant d'ajuster la dotation de personnel, infirmières disposant d'une formation et de ressources adéquates, administrateurs disposant d'une formation et de ressources adéquates).
 - S'assurer qu'il existe des ressources humaines et des ressources TI pour les fonctions d'appui (personnel consciencieux, orientation des outils, formation en informatique, suivi constant, vérification de la fiabilité et de la validité, matériel et logiciel).

**Mettons
en
chemin!**

- Assurer l'adoption de solutions électroniques en traitant une aversion possible envers les ordinateurs, grâce à l'utilisation de systèmes intuitifs, d'une formation et d'un appui.
- Mettre en place le changement et le perpétuer. Le plan doit faire participer le personnel à toutes les phases, au sein des organisations, dans le cadre de la promotion et des stratégies de marketing. Le plan doit comporter une façon d'intégrer le système de mesure de la charge de travail dans la structure des organisations, afin d'assurer la continuité de l'appui et de l'analyse.
- Créer des outils sensibles aux questions qui, selon les infirmières, influencent leur charge de travail : 1) un indice de fragilité ou d'acuité des patients, ou un système qui reconnaît les différences de soins entre les profils de patients, 2) indices d'infirmières, sensibles à une main-d'œuvre vieillissante, au manque d'équipement, aux questions de catégories de personnel, etc.

VI - 9 Gestion de la main-d'œuvre - Objectif B

Besoins en équipement des infirmières canadiennes : Rapport d'un sondage auprès des infirmières cadres seniors

Auteur :

Ken Hoffman, *The Alder Group Inc.*

Résumé

Ce sondage avait pour objet d'expliquer les besoins et les priorités en équipement de soins de santé, du point de vue des infirmières. Il cherchait à répondre aux questions suivantes :

- a) Quels sont les besoins en équipement les plus importants ?
- b) Quelles sont les principales raisons qui expliquent que cet équipement est indispensable ?
- c) Quel est l'apport du personnel infirmier prodiguant des soins directs sur le plan des décisions relatives aux achats d'équipement ?
- d) Les organisations de soins de santé ont-elles une capacité adéquate pour entretenir leur équipement pour soins de santé ?

Le groupe cible de ce sondage était celui des dirigeantes infirmières senior (par ex., les directrices des soins infirmiers ou postes équivalents) dans les organisations de soins de santé dans tout le Canada, y compris les organisations dans les établissements de soins et dans les communautés, ainsi que les autorités régionales de santé. Au total, 300 dirigeantes infirmières seniors ont répondu au sondage sur l'Internet, qui traitait de plusieurs questions, comme les besoins en équipement des soins directs. Le question-

naire a été rédigé sur la base de l'apport provenant de l'AIIC. À la suite du sondage, un groupe de référence s'est organisé avec des représentants seniors des syndicats d'infirmières, afin d'obtenir leur point de vue sur les constatations.

Les résultats du sondage ont permis de tirer les conclusions suivantes :

- *Priorités absolues relatives à l'achat d'équipement*
 - Une majorité de toutes les personnes interrogées a classé les catégories suivantes d'équipement comme des « priorités absolues » : confort du patient, évaluation de base et suivi, mobilité, enfin, objets tranchants et aiguilles de seringues.
 - De plus, une majorité des personnes interrogées dans les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires a identifié les catégories suivantes comme des besoins supplémentaires à priorité absolue : administration des médicaments, nutrition et hydratation, thérapie respiratoire, et enfin, évaluation et suivi accentués.
 - En plus des catégories mentionnées au premier alinéa, une majorité de personnes interrogées dans les autorités de santé des districts et des régions a identifié l'équipement de sécurité comme un besoin supplémentaire à priorité absolue.
 - En plus des catégories mentionnées au premier paragraphe, la moitié des personnes interrogées oeuvrant dans les soins de longue durée a identifié l'équipement élémentaire de soins comme un besoin supplémentaire à priorité absolue.
- *Critères influençant l'achat d'équipement*
 - Voici les six principaux critères qui influencent l'achat de chaque type d'équipement : sécurité des patients, santé et sécurité des employés, fiabilité, qualité des soins au patient, amélioration de l'efficacité et de la productivité et coût.
 - Ce sondage ne cherchait pas à différencier les critères régissant les décisions d'achat entre les diverses catégories d'équipement ou entre les divers types d'organisations.
- *Apport des prestataires de soins directs*
 - Presque toutes les personnes interrogées (95,2 %) ont indiqué que les prestataires de soins directs donnaient leur apport aux décisions liées à l'achat d'équipement dans leurs organisations. Pour 55,8 % la quantité d'apport était « considérable ». Faiblement majoritaire (52,8 %), certaines des personnes interrogées indiquaient que leur organisation disposait d'un processus officiel pour rassembler l'apport des prestataires de soins directs au

sujet des décisions d'achat d'équipement. Les organisations de soins de longue durée étaient moins susceptibles d'avoir un tel processus officiel en place, par rapport aux autres types d'organisations.

- La grande majorité des personnes interrogées (85 %) était satisfaite ou très satisfaite des critères et des processus utilisés dans leur organisation pour prendre des décisions sur les achats d'équipement.
- *Réparation et entretien de l'équipement*
 - De nombreuses personnes interrogées (85,7 %) pensaient que leur organisation avait besoin de ressources supplémentaires pour entretenir ou réparer correctement l'équipement. Cette opinion s'exprimait plus fortement chez les personnes travaillant dans les soins de longue durée (56,6 % étaient vraiment d'accord), suivies par celles travaillant dans des locaux particuliers (53 %), dans la communauté (50 %), et dans les hôpitaux d'enseignement et communautaires (49 %).

Cette étude a permis de formuler les recommandations suivantes :

1. *Stratégie de financement pour traiter les priorités concernant l'équipement*

Il est recommandé aux gouvernements F/P/T de trouver une stratégie pour financer les besoins en équipement identifiés comme « priorités absolues » en faveur des organisations canadiennes de santé dans cette étude, par ex., confort du patient, évaluation de base et suivi, mobilité du patient, objets tranchants et aiguilles de seringues. La stratégie de financement doit être étendue afin que les hôpitaux d'enseignement et les hôpitaux communautaires puissent couvrir les catégories supplémentaires suivantes relatives à l'équipement à priorité absolue : évaluation et suivi accentués, nutrition et hydratation, thérapie respiratoire, administration des médicaments.

2. *Financement de l'entretien et de la réparation d'équipement et formation interne*

Il est recommandé aux gouvernements F/P/T d'englober, quelle que soit la stratégie de financement de l'équipement, des ressources supplémentaires permettant en particulier d'assurer l'entretien et la réparation correcte de l'équipement (sans oublier les ressources humaines et les fournitures), ainsi que les ressources permettant une formation interne au nouvel équipement.

3. *Participation des prestataires de soins directs*

Il est recommandé aux parrains de cette initiative de recueillir, d'évaluer et de diffuser des exemples de « pratiques exemplaires » en vue de faire participer les prestataires de soins directs aux décisions d'achat d'équipement. Les infirmières

en première ligne doivent participer au processus d'identification et de développement des « pratiques optimales », car leur participation à la prise de décisions constitue une question importante sur le plan de la santé de l'organisation.

VI - 10 Gestion de la main-d'œuvre - Objectif C

Retraite échelonnée (facilitateurs et obstacles) et autres programmes visant à conserver les salariés plus âgés du secteur des soins de santé

Auteurs :

Conrad Ferguson, *Morneau Sobeco*

Résumé

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSI), dans le cadre d'une initiative collaborative d'intervenants dans le secteur des soins infirmiers, par le biais de l'AIIC, a reçu, de la part de Santé Canada, un financement en vue d'étudier plus en profondeur l'information disponible sur les programmes conçus pour conserver les salariés plus âgés, en mettant plus particulièrement l'accent sur les programmes de retraite échelonnée. L'objet de l'étude consistait à identifier les facilitateurs et les obstacles des programmes de retraite échelonnée, ainsi que les usages optimaux des programmes visant à conserver les salariés plus âgés.

L'information démographique montre sans équivoque des possibilités de pénurie de main-d'œuvre à l'avenir. La situation est pour la main-d'œuvre infirmière. Dans le secteur des soins de santé, cette pénurie surviendra au moment où la population canadienne vieillissante aura sans doute besoin de davantage de services. Cette convergence obligera les chefs du secteur des soins de santé à créer des programmes inédits, qui assurent des réserves suffisantes de main-d'œuvre dans un secteur avide de main-d'œuvre. Les sondages de la population démontrent aussi un intérêt marqué, chez les baby-boomers, de s'effacer graduellement de la population active, plutôt que de prendre brusquement leur retraite. Le développement de programmes tels que les programmes de retraite échelonnée visant à conserver les salariés plus âgés peuvent présenter une occasion d'améliorer la disponibilité de la main-d'œuvre.

Tandis que l'intérêt pour les programmes de retraite échelonnée et les autres programmes de conservation des salariés plus âgés semble élevé, et que nombreux arguments peuvent être formulés quant à leurs avantages possibles, il existe très peu de preuves certaines pour étayer ces théories. Cette analyse identifie les facilitateurs et les obstacles de la retraite échelonnée, en même temps qu'une liste d'autres stratégies possibles visant soit à améliorer

L'équilibre de la vie au travail, soit à conserver les salariés plus âgés, soit les deux. Le principal objectif d'un programme de retraite échelonnée consiste à permettre aux salariés de rester productifs même en capacité réduite, tout en continuant à accumuler des crédits de pension qui leur profiteront au moment où ils prendront leur retraite pour de bon. Il s'agit d'une option supplémentaire parmi les autres options offertes aux salariés plus âgés.

Le cadre législatif ne se montre pas favorable à la création de programmes de retraite échelonnée attrayants, en particulier pour les travailleurs qui ont de longues années de service et une bonne pension de retraite anticipée. En effet, pour ceux qui veulent continuer à travailler en capacité réduite, l'environnement est tel qu'il s'avère plus intéressant de prendre sa retraite et de trouver un travail chez un autre employeur. Pour assurer des programmes optimaux de conservation des salariés plus âgés, nous devons examiner à la loupe les philosophies et les démarches de la législation sous-jacente concernant les pensions et des conventions collectives, puis formuler des recommandations pratiques, attrayantes, viables du point de vue économique et ce, pour toutes les parties.

La FCSI doit se servir de l'information tirée de cette étude pour adopter une position officielle au sujet des types de programmes de conservation du personnel les mieux adaptés aux infirmières plus âgées, position appuyée par des preuves certaines tirées d'études supplémentaires des domaines évoqués dans les recommandations de ce rapport.

Dans le fond, on peut dire qu'il n'existe aucune solution « taille unique » à la conservation des salariés plus âgés et/ou des infirmières plus âgées. Pour être efficace, la conception doit s'adapter à la culture de l'organisation et ses salariés, reconnaître les implications du régime de pension en place, être viable du point de vue financier pour les salariés comme pour les employeurs, et disposer d'un cadre administratif relativement gérable. Une étude plus poussée du point de vue des salariés et de celui des employeurs est indispensable si l'on veut mieux définir la forme et les avantages de tels programmes.

En particulier, les domaines suivants d'étude supplémentaire sont recommandés :

1. Sonder ou rassembler des données crédibles supplémentaires sur les intentions et les préférences des salariés plus âgés du secteur de la santé, afin de savoir si les programmes de conservation du personnel sont susceptibles de grossir les effectifs de main-d'œuvre disponible, ou de mener à des retraites anticipées.
2. Sonder les salariés des soins de santé pour savoir si leur souhait d'une retraite anticipée prendrait le pas sur leur intérêt pour des programmes bien conçus de retraite échelonnée, qui seraient au moins financièrement neutres dans leur cas.

Autrement dit, si un programme de retraite échelonnée était en place, sans qu'il n'y ait de perte financière par rapport à une retraite totale, et avec une meilleure pension à la fin de l'échelonnement, préféreraient-ils une retraite anticipée ou une retraite échelonnée?

3. S'informer davantage sur les perspectives des employeurs au sujet de la désirabilité possible et de l'efficacité de programmes de conservation des salariés plus âgés.
4. S'informer sur la productivité des salariés plus âgés du domaine des soins de santé par rapport aux salariés plus jeunes.
5. Analyser la valeur économique possible de la conservation des salariés plus âgés découlant du mentorat et de la formation, ainsi que d'une baisse des coûts de recrutement.
6. Formuler des recommandations concernant un cadre administratif permettant d'offrir des horaires de travail plus souples en faveur des salariés plus âgés.
7. Adopter une position sur les changements législatifs indispensables s'il faut faciliter l'introduction de programmes de conservation efficaces du personnel, en particulier la retraite échelonnée, à l'aide des avantages sociaux provenant des régimes de pension en place.
8. Élaborer des recommandations sur un modèle efficace de retraite échelonnée, en prenant en considération les régimes de pension en place, le cadre législatif actuel ou futur souhaité, les dispositions nécessaires des conventions collectives et la disponibilité d'autres prestations des assurances collectives.
9. Dans la liste des autres programmes de conservation des salariés, trouver ceux qui pourraient convenir à l'environnement de travail du secteur des soins de santé, et les étudier en profondeur.

VI-11 Gestion de la main-d'œuvre - Objective D **Cadre d'évaluation permettant de définir l'effet du mélange de personnel sur la prise de décisions**

Auteur :

Norma Freeman, *Association des infirmières et infirmiers du Canada*

Micheline Jaworski, *Association des infirmières et infirmiers du Canada*

Nancy Field, *Association des infirmières et infirmiers du Canada*

Karen Power, *Association des infirmières et infirmiers du Canada*

L'objet de ce projet consiste à élaborer un cadre d'évaluation visant à définir l'effet des décisions prises par une catégorie de personnel, cadre qui permettra aux employeurs d'optimiser l'étendue de la pratique du personnel infirmier. Ce projet a trait à la recommandation no 19 du rapport final du CCCSI, intitulé : « Notre santé, notre

avenir : Créer des lieux de travail de qualité pour les infirmières canadiennes » (Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses), lequel évoque l'optimisation de l'étendue de la pratique des infirmières.

Ce projet, entrepris de janvier à mars 2004, comportait une analyse de la documentation pertinente, un sondage national auprès des infirmières cadres senior dans l'ensemble du Canada, concernant l'utilisation d'un outil de prise de décisions par un mélange de personnel, et une réunion de consensus de représentants provenant des trois associations nationales de groupes infirmiers réglementés au Canada [Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada (AIIAC) et les Infirmières psychiatriques autorisées du Canada (IPAC)].

L'analyse de la documentation a permis d'examiner les preuves et la recherche liées aux décisions prises par un mélange de personnel infirmier sur la base des prestataires de soins réglementés (infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées). Aucune recherche n'a été trouvée concernant les infirmières psychiatriques autorisées par rapport à la détermination des catégories de personnel.

Le sondage national sur l'Internet, qui s'intéressait à l'utilisation et à l'efficacité d'outils de prise de décisions par une catégorie de personnel a été mis au point pour les infirmières cadres senior. Deux cent quatre-vingt treize personnes ont répondu. Tandis que cinquante et un d'entre elles indiquaient avoir utilisé un outil, un seul et unique outil a été présenté. L'AIIC a sollicité d'autres outils à analyser. Le suivi auprès des autres personnes interrogées n'était pas possible, en raison de la nature confidentielle du sondage.

Le cadre conjoint d'évaluation visant à définir l'effet des décisions prises par des catégories de personnel a été instauré lors de la réunion de consensus, intervenue à Ottawa, les 16 et 17 mars 2004, et il a servi de document de travail. Parmi les participants se trouvaient des représentants provenant des associations nationales des trois groupes infirmiers réglementés. Tous les participants étaient d'accord pour déclarer que la réunion avec les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées avait été très fructueuse. Ils ont déclaré que ce cadre d'évaluation peut améliorer la qualité de la vie au travail des infirmières du Canada, en plus d'améliorer les aboutissements pour les clients, les infirmières et les systèmes.

Ce cadre s'adapte à un modèle de prise de décisions par des catégories de personnel. Le modèle se fonde sur la documentation pertinente relative aux décisions prises par des catégories de personnel et leurs aboutissements. Il se divise en trois volets : questions

structurelles, processus de prise de décisions par des catégories de personnel, et aboutissement des décisions prises par des catégories de personnel. Le volet aboutissement est traité du point de vue du client, du point de vue de l'infirmière et du point de vue du système.

Les quatre principes suivants ont guidé la création du cadre permettant de définir l'effet des prises de décisions par des catégories de personnel :

- Les besoins du client et la qualité des soins sont cruciaux dans n'importe quel processus de prise de décisions par des catégories de personnel.
- Un cadre d'évaluation est susceptible d'être utile s'il est complet, convivial et semble crédible autant aux infirmières qu'aux autres récepteurs.
- La reconnaissance et le respect de la valeur et de la contribution de chaque groupe infirmier réglementé sont cruciaux au cadre d'évaluation efficace.
- La souplesse et l'utilité dans tous les secteurs et auprès de toutes les populations de clients représentent des attributs nécessaires d'un cadre d'évaluation efficace traitant les prises de décisions par des catégories de personnel.

Le cadre comporte une série de questions organisées selon les trois composantes reconnues d'un cadre d'évaluation : structure, processus et aboutissement. Les questions reflètent le modèle de prise de décisions par des catégories de personnel. Elles identifient les structures et les processus faisant partie d'un processus efficace de prise de décisions par des catégories de personnel, qui influenceront l'aboutissement au niveau du client, de l'infirmière et des systèmes.

Les recommandations suivantes sont formulées afin de communiquer le cadre, dans son intégralité, aux intervenants pertinents, de recevoir les réactions et de modifier le travail selon les besoins.

1. L'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des infirmières auxiliaires du Canada et l'Association des infirmières psychiatriques autorisées mènent des consultations dans leur propre association afin de se procurer des commentaires et un appui.
2. Ensemble, ces trois associations consultent d'autres intervenants, dont l'Association canadienne des soins de santé.
3. Santé Canada finance d'autres réunions permettant d'affiner le cadre et de consulter d'autres intervenants.

**Mettons
en
chemin!**

À l'écoute du renouvellement : pleins feux sur les ressources humaines infirmières

À l'écoute du renouvellement : pleins feux sur les ressources humaines infirmières

Publié à titre de rapport spécial par le *Canadian Journal of Nursing Leadership* avec l'aimable contribution du Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada. Mai 2005

Rédactrice en chef

Sandra Devlin, IA, MScN, CHE

Conseillère de la rédactrice en chef

Dorothy Pringle, PhD

Rédactrice gérante

Dianne Foster-Kent

Design et production

Esther Hart

Rédaction des textes

Francine Geraci, Frann Harris, Wayne Herrington

Traduction

Adelaide Translation Agency

Photographie de la couverture par Photodisc

Le *Canadian Journal of Nursing Leadership* est publié quatre fois par an. La revue est révisée et publiée principalement pour les administrateurs, gestionnaires et éducateurs en soins infirmiers par l'Academy of Canadian Nurse Executives.

Tous les manuscrits sont révisés par les rédacteurs et un groupe de collègues désignés par les rédacteurs sur le conseil du comité consultatif de la rédaction.

Le *Canadian Journal of Nursing Leadership* est classé selon les titres suivants : *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature, Nursing Citation Index et Nursing Abstracts*.

Comment atteindre les éditeurs et les rédacteurs

Téléphone : 416-864-9667

Télex : 416-368-4443

Courriel : NursingLeadership@longwoods.com

Adresses

Tout le courrier doit être adressé à :

Longwoods Publishing Corporation

260 Adelaide Street East, No. 8

Toronto ON M5A 1N1 Canada

Livraisons à notre studio :

18 Eastern Avenue, 1er étage

Toronto, Ontario M5A 1H5 Canada

NursingLeadership.net : Résumés, section emplois, conférences, nouvelles et bien davantage.

Abonnements

Le tarif individuel pour l'abonnement d'un an (revues imprimées + en ligne) est de 95 \$ canadiens au Canada et de 95 \$ US ailleurs. Le tarif d'un an (revues imprimées + en ligne) pour les organisations est de 355 \$ canadiens au Canada et de 355 \$ US ailleurs. Les abonnements sont payables à l'avance.

Pour des informations sur les abonnements, veuillez vous adresser à Barbara Marshall au (tél.) 416-864-9667, poste 100. Courriel : bmarshall@longwoods.com

Abonnements pour organisations, veuillez vous adresser à Susan Hale au (tél.) : 416-864-9667, poste 104 Courriel : shale@longwoods.com

Pour s'abonner en ligne : NursingLeadership.net et cliquez sur «subscriptions.»

Réimpressions/Anciens numéros

Veillez vous adresser à Barbara Marshall au (tél.) 416-864-9667, poste 100 Courriel : bmarshall@longwoods.com

Pour toutes les transactions au Canada, ajouter 7 % pour la taxe sur les produits et services (TPS) Courriel : bmarshall@longwoods.com Notre n° de TPS: R138513668

Articles à publier

Pour soumettre des articles ou parler à nos rédacteurs, veuillez vous adresser à Dianne Foster-Kent, Rédactrice gérante, au (tél.) : 416-864-9667, poste 106 Courriel : dkent@longwoods.com

Publicité

Pour le tarif de la publicité et les renseignements, Veuillez vous adresser à Susan Hale au (tél.) : 416-864-9667, poste 104 Courriel : shale@longwoods.com Anton Hart au (tél.) : 416-864-9667, poste 109 Courriel : ahart@longwoods.com

Publié par l'Academy of Canadian Executive Nurses et Longwoods Publishing Corporation

ISSN No. 1481-9643

Publications Mail Agreement No. 40069375

Retourner le courrier non livrable avec adresse au Canada à :

Circulation Department, 260 Adelaide Street East, No. 8 Toronto ON M5A 1N1 Canada

**Le rapport intégral peut être
consulté sur notre site internet
www.nursingleadership.net/renewal**

Publié à titre de rapport spécial par le *Canadian Journal of Nursing Leadership* avec l'aimable contribution du Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada.



Longwoods Publishing
Enabling Excellence

ACEN