

DÉVELOPPER LE POTENTIEL INEXPLOITÉ DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS PRATICIENS AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA :

Conclusions de l'étude
pancanadienne de la
FCSII sur la rétention
et le recrutement des
infirmières et des
infirmiers praticiens

Juin 2018

Greg Bennett/Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario



LA FÉDÉRATION
CANADIENNE
DES SYNDICATS
D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS



Greg Bennett/Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS (FCSII)

Nous sommes les infirmières et infirmiers du Canada

Nous représentons près de 200 000 fournisseurs de soins de première ligne et d'étudiants en soins infirmiers œuvrant dans des hôpitaux, des établissements de soins de longue durée, des centres de santé communautaire et à domicile. Nous parlons à tous les paliers du gouvernement, à d'autres intervenants en soins de santé et au public concernant des options de politiques fondées sur des données probantes afin d'améliorer les soins aux patients, les conditions de travail et notre système de santé public.



LE PROJET DE RÉTENTION ET DE RECRUTEMENT DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS PRATICIENS DE LA FCSII

MATIÈRES

04

MESSAGE DE LINDA SILAS
PRÉSIDENTE DE LA FCSII

09

CONTEXTE
ET APERÇU

12

PROFIL
DÉMOGRAPHIQUE

14

SATISFACTION
GÉNÉRALE

16

AMÉLIORER LA
RÉTENTION ET LE
RECRUTEMENT

17

Thème 1 : Rémunération

24

Thème 2 : Clarté du rôle
et champ de pratique

27

Thème 3 : Relations
interprofessionnelles, respect et
modèles de soins collaboratifs

32

Thème 4 : Modèles
de financement et de
rémunération

34

Accès aux fournisseurs
de soins primaires par
géocartographie

36

Thème 5 : Formation
professionnelle continue/
perfectionnement
professionnel

38

RECOMMANDATIONS
ET CONCLUSION

43

SOURCES



MESSAGE DE LINDA SILAS PRÉSIDENTE DE LA FCSII

Depuis plus d'une décennie, nous entendons au Canada un refrain familier : une réforme fondamentale de notre système de soins de santé est nécessaire afin de relever les futurs défis. Notre population vieillit rapidement, nos établissements de soins actifs et de soins de longue durée fonctionnent au maximum de leurs capacités, et il est urgent d'accroître les options de soins au sein de la communauté en développant et élargissant les soins primaires, les soins à domicile, les soins de longue durée ainsi que les services en santé mentale. Environ un Canadien sur six n'a pas de fournisseur régulier de soins de santé, et certains groupes, notamment les Autochtones et les personnes âgées, continuent de présenter un taux plus élevé de maladies chroniques. Pendant ce temps, les coûts croissants, les problèmes d'accès et les pénuries d'effectifs dans le domaine de la santé signifient que les temps d'attente continuent d'être la priorité pour les Canadiens.

Les infirmières et les infirmiers praticiens (IP) représentent une occasion novatrice qui permettrait au Canada d'aborder ses besoins croissants en soins de santé, surtout au sein des populations, des communautés et des milieux mal desservis. Les IP sont les mieux placés pour aider à aborder ces enjeux, en partie parce que leurs compétences vont au-delà des modèles de soins médicaux traditionnels pour inclure la promotion de la santé holistique et la prévention des maladies. Des décennies de données probantes rigoureuses démontrent que les IP améliorent l'accès à des soins personnalisés, rentables et de grande qualité qui permettent de réduire les temps d'attente et les coûts dans l'ensemble du système de santé. L'intégration des IP favorise la gestion des maladies chroniques et améliore les résultats pour la santé ainsi que la collaboration interprofessionnelle. En développant les soins offerts par les IP, nous pourrions mieux répondre aux besoins croissants de nos communautés tout en faisant économiser de précieux dollars à notre système de soins de santé.

Les sondages indiquent que le public est également réceptif au développement des soins offerts par les IP. Bien que les IP exercent au Canada depuis des décennies, il se peut que de nombreux Canadiens soient encore incertains de leur rôle. Les IP peuvent poser un diagnostic, prescrire et interpréter des tests de diagnostic, communiquer les résultats et recommander ou prescrire un traitement ainsi que consulter d'autres fournisseurs de soins, y compris des spécialistes, et aiguiller les patients vers ces derniers. À l'exemple des trois autres millions de Canadiens qui ont confié les soins de leur famille à une IP, je suis très satisfaite des soins que j'ai obtenus au cours des quatorze dernières années. Je ne pourrais vraiment pas demander de meilleurs services de soins primaires de qualité supérieure.

Reconnaissant la valeur que les IP peuvent apporter aux patients et à notre système de soins de santé, les gouvernements d'à travers le Canada ont pris des mesures pour aborder les obstacles à la pratique

des IP en développant les champs de pratique et en introduisant des initiatives qui connaissent du succès, comme les cliniques mobiles du Manitoba, où des IP et des infirmières offrent des soins primaires sur place pour les personnes vivant dans de petites communautés mal desservies. C'est d'ailleurs un excellent modèle qui doit être développé. Les cliniques dirigées par de IP et les centres de santé communautaire de l'Ontario constituent également des pratiques prometteuses qui devraient être mises en œuvre à l'échelle nationale.

Des obstacles persistent cependant pour l'utilisation optimale des IP. Ces derniers incluent des obstacles législatifs/réglementaires/politiques du gouvernement, des problèmes de financement et de remboursement, de l'opposition de la part de certains groupes d'intérêts, ou des défis d'implantation à l'échelle organisationnelle.

Au cours de la dernière décennie, certaines provinces ont constaté l'introduction de nouvelles catégories de professionnels de la santé, par exemple, les adjoints non réglementés au médecin. Les adjoints au médecin exercent sous la direction d'un médecin individuel précis et possèdent des capacités spécifiques et limitées, contrairement aux IP qui sont des professionnels de la santé autonomes, dotés d'un large champ de pratique. Les IP bénéficient aussi d'une formation officielle plus poussée et de plus d'expérience avant d'exercer (voir Tableau 4). À cet égard, et compte tenu des importants investissements historiques du Canada dans les IP existants, le Canada aurait tout intérêt à tirer pleinement profit des IP pour combler les besoins de santé exhaustifs, complexes et croissants des populations, des communautés et des milieux mal desservis du Canada.

Les IP apportent une solution aux problèmes de longue date du Canada en matière de temps d'attente, de pénurie de fournisseurs de soins primaires, à leur accès. Afin de réaliser tout le potentiel des IP, les gouvernements doivent aborder les obstacles qui demeurent pour la pratique des IP, tels

les modèles de financement obsolètes, la rémunération inappropriée, le manque de collaboration interprofessionnelle et les politiques législatives/réglementaires. Dans l'état actuel, ces obstacles empêchent les IP de réaliser pleinement leurs capacités. Dans le but d'améliorer l'efficacité de notre système de santé, nous devons investir dans les IP et développer leur rôle au sein du système de santé du Canada.

Bien que certains progrès aient été réalisés au cours de la dernière décennie, le nombre d'IP au Canada demeure minime. De 2004 à 2006, Santé Canada a investi près de 9 millions de dollars dans l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens, qui s'est vu chargée d'intégrer des IP dans le système de santé du Canada. L'initiative a permis d'accroître le nombre d'IP autorisés à exercer, passant de 1 025 en 2005 à 5 274 aujourd'hui. Toutefois, avec un ratio d'environ seulement 14 IP pour 100 000 habitants (moins de la moitié des effectifs aux É.-U., et plus de la moitié de tous les IP se situant en Ontario), la grande majorité des Canadiens n'ont pas l'option d'avoir recours à des soins offerts par des IP. Le nombre d'IP est encore sans contredit insuffisant pour satisfaire aux besoins croissants de la population canadienne.

Pour comprendre pourquoi le Canada n'a pas réussi à exploiter le plein potentiel des IP, la FCSII a mandaté la présente étude sur les IP, qui examine les obstacles à leur rétention et recrutement pour formuler une série de recommandations visant à développer les IP au sein de notre système de santé. Le projet incluait un sondage pancanadien bilingue en ligne, des sondages par courriel pour les conseillères principales en soins infirmiers et les syndicats d'infirmières et d'infirmiers, une analyse des données des documents annuels de comparaison des contrats de la FCSII, l'accès par cartographie de l'ICIS/la FCSII des fournisseurs de soins primaires et une revue exhaustive de la littérature. En fonction de ces éléments, une analyse thématique et des recommandations ont été élaborées. Un Comité consultatif, composé d'IP de partout au Canada, a travaillé en collaboration avec la

FCSII pour élaborer ce rapport.

L'étude sur les IP – la plus vaste en son genre jamais entreprise au Canada – a obtenu un taux de réponse pancanadien de 22 % de la part d'IP provenant de toutes les provinces et territoires, à l'exception du Yukon. Un total de 1 160 réponses ont été reçues, se composant de 1 038 réponses en anglais et de 122 en français. Les conclusions de l'étude suggèrent que les IP possèdent des solutions pour améliorer notre système de soins de santé. Elles savent ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas pour optimiser leur rôle afin d'améliorer les résultats pour la santé et le système de santé.

Les conclusions de l'étude soulignent l'expérience des IP dans notre système de santé du point de vue des ressources humaines en santé. Parmi les conclusions les plus remarquables qui sont ressorties de notre étude, citons le fait que les IP ne sont pas rémunérés de manière appropriée. Les gouvernements doivent tenir compte de la formation formelle et de l'expérience des IP, de leur champ de pratique, de leurs responsabilités professionnelles ainsi que de leur rôle en tant que fournisseurs autonomes de soins de santé pour déterminer une rémunération appropriée.

On perçoit également de la frustration en raison du manque de compréhension du champ de pratique des IP. Même si elles sont des praticiennes autonomes, certains gestionnaires ne comprennent pas toutes les capacités des IP. Par exemple, une IP a mentionné que son rôle était déterminé par sa gestionnaire qui « nous dit ce que nous pouvons et ce que nous ne pouvons pas faire basé sur le financement que nous avons pour nos fournitures. » Ce qui ressort des conclusions de l'étude et de la revue de la littérature est le manque de lois/règlements et de modèles de financement exhaustifs basés sur les équipes, qui permettraient aux IP d'exercer pleinement leur champ de pratique, et c'est un des enjeux que nous abordons dans les recommandations du rapport.

L'une des conclusions mentionnées dans

RECOMMANDATIONS

RÉMUNÉRATION

- Que d'ici deux ans, les provinces/territoires coordonnent les revenus des IP dans tous les milieux de soins de santé;
- Que les employeurs rehaussent les ensembles d'avantages sociaux des IP pour inclure les primes pour le travail sur appel (de réserve et rappel au travail), le mentorat et le préceptorat, et pour améliorer la durabilité des relations d'emploi en offrant/développant les pensions, les prestations de maladie, les vacances et d'autres congés pour les IP (par exemple, pour le perfectionnement professionnel) ainsi que les indemnités pour la CSPAAT, les fautes professionnelles, les coûts associés à la responsabilité civile et l'accès au financement pour les occasions novatrices et réactives de perfectionnement professionnel et de formation continue.

MODÈLES DE FINANCEMENT

Que d'ici l'année prochaine, les gouvernements fédéral/provinciaux/territoriaux :

- Adoptent/mettent en œuvre des modèles de financement durables afin de refléter les besoins en santé de la population, appuient la collaboration interprofessionnelle permettant à tous les fournisseurs d'exercer leur champ de pratique optimal, et fassent participer les IP dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de leur rôle;
- Adoptent un mécanisme – incluant les gouvernements, les employeurs, les syndicats, les associations et les IP – pour surmonter les obstacles à la pratique des IP;
- Développent ou créent des cliniques dirigées par des IP.

PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ

Que les gouvernements fédéral/provinciaux/territoriaux :

- Financent des postes permanents pour les IP dans une variété de milieux afin de combler les besoins en santé des populations mal desservies;
- Offrent du financement ciblé pour offrir aux IP une prime d'éloignement/de logement pour celles en milieu rural/éloigné/isolé et dans les communautés autochtones et qui travaillent auprès des communautés autochtones, afin de développer et de recruter des IP et de travailler avec les écoles de soins infirmiers sur des programmes qui préparent les IP à travailler dans ces régions;
- Modifient les lois/règlements/politiques pour permettre aux IP de travailler à leur portée optimale;
- Mettent en œuvre des cadres de qualité (par exemple, un processus participatif, fondé sur des données probantes et axé sur les patients, pour les infirmières en pratique avancée (PEPPA)) afin de mieux intégrer les IP dans le système de soins de santé.

RECOMMANDATION POUR LES SYNDICATS

- Dans une situation de travail en environnement syndiqué, s'assurer qu'il existe pour les IP des occasions pour fournir des contributions aux négociations collectives, du soutien pour les programmes permanents de rétention et de recrutement, etc.

le sondage, qui intéressent directement la FCSII, était le sentiment que les syndicats d'infirmières et d'infirmiers devraient en faire davantage pour mieux comprendre la pratique, les responsabilités et le métier des IP en raison du petit nombre d'effectifs en IP en comparaison avec celui des infirmières. À cet égard, la FCSII recommande d'inclure les IP dans l'unité de négociation et de nouer activement des liens avec les IP pour écouter et prendre des mesures pour aborder leurs enjeux. Le présent rapport, intitulé *Développer le potentiel inexploité des infirmières et des infirmiers praticiens au sein du système de santé du Canada*, est un pas dans cette direction.

À mesure que notre population vieillit rapidement, le besoin pour des soins communautaires offerts par des praticiens indépendants afin de gérer les troubles aigus et chroniques ne fera qu'augmenter. Il est maintenant temps que les gouvernements de partout au pays planifient les besoins de demain en matière de ressources humaines en santé afin de nous assurer de tirer pleinement profit de la valeur que les IP peuvent offrir aux patients et à notre système de santé. Tout comme nous travaillons tous à avoir un meilleur accès aux médicaments sur

ordonnance, et ce à coût réduit, grâce à un régime national d'assurance-médicaments, un meilleur accès aux soins de santé dépend de notre soutien pour promouvoir les importants avantages à valeur ajoutée que les IP offrent au système de soins du Canada.

Au nom de tous les organismes membres de la FCSII – Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta (IIUA), le Syndicat des infirmières et des infirmiers de la Saskatchewan (SIIS), le Syndicat des infirmières et des infirmiers du Manitoba (SIIM), l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO), le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (SIINB), le Syndicat des infirmières et des infirmiers de la Nouvelle-Écosse (SIINE), le Syndicat des infirmières et des infirmiers de l'Île-du-Prince-Édouard (SIIPPE) et le Syndicat des infirmières et infirmiers autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador (SIATNL) – nous sommes impatients de travailler avec tous les gouvernements sur ces recommandations dans le but de rendre plus accessibles et efficaces nos soins de santé en développant l'accès aux infirmières et infirmiers praticiens à travers le Canada.

Cordialement,



Linda Silas, présidente de la FCSII

CONTEXTE ET APERÇU

Les infirmières et les infirmiers praticiens (IP) aident à améliorer l'accès en temps opportun à des soins individualisés, de grande qualité et rentables permettant ainsi de réduire les temps d'attente, de diminuer les coûts, de prévenir les (ré)admissions et d'améliorer la collaboration interprofessionnelle.^{1,2,3,4}

QU'EST-CE QU'UNE INFIRMIÈRE PRATICIENNE?

Les infirmières praticiennes (IP) sont des infirmières autorisées ayant suivi une formation universitaire additionnelle de deuxième ou troisième cycle et qui possèdent de l'expérience clinique pratique. Leur formation inclut la théorie des soins infirmiers et des compétences médicales. Elles fournissent des soins de santé dans chaque province/territoire au Canada.*

Elles possèdent les connaissances et les compétences pour :

- Poser un diagnostic, déterminer une maladie, un trouble ou une affection
- Prescrire et interpréter des tests de diagnostic
- Communiquer le diagnostic et les résultats de test au patient et aux autres professionnels de la santé
- Recommander et prescrire un traitement – y compris des médicaments – et des procédures spécifiques

Les IP travaillent dans différents milieux de santé, au sein de la communauté pour les soins à domicile, les soins de longue durée, les soins de santé publics et primaires ainsi que dans les hôpitaux, etc.

* Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2016). *Énoncé de position sur l'infirmière praticienne.*

Il a été démontré que l'intégration des IP améliorerait les résultats pour les patients et le système et contribuait à une gestion de qualité supérieure des maladies chroniques, aidant à améliorer, sur plusieurs aspects, le statut de santé des individus.^{5,6,7,8,9,10} En fait, la recherche suggère que les résultats pour la santé sont aussi bons, voire meilleurs, que les comparateurs.^{11,12}

Pour les personnes ayant été patients/clients d'IP, les données probantes suggèrent un taux élevé de satisfaction par rapport aux soins obtenus et une confiance en la capacité des IP à prendre soin d'elles.¹³ Ces conclusions ont été reprises dans un sondage d'opinion, mené à l'échelle du Canada, qui a révélé que 93 % des Canadiens sont convaincus que les IP peuvent combler leurs besoins quotidiens en matière de santé.¹⁴ Cependant, malgré la confiance du public, il demeure qu'au sein de ce même public, il existe un manque de sensibilisation quant au rôle des IP.

En dépit de l'abondance des données probantes vantant les avantages qu'il y a à investir dans le développement des IP en termes d'accès accru à des soins rentables de qualité supérieure pour les patients à travers le Canada, ainsi que l'empressement du public canadien à opter pour des soins apportés par des IP, des obstacles persistent pour la mise en œuvre complète du rôle des IP au Canada. Bien que certains progrès aient été réalisés sur le plan du développement des IP au cours de la dernière décennie, le nombre d'IP au Canada demeure minime dans la plupart des provinces. Actuellement, plus de la moitié (57 %) des 5 274 IP du Canada se trouvent en Ontario.¹⁵

Lorsque nous nous référons aux IP et à leur utilisation dans les soins de santé primaires, il reste encore beaucoup à faire au Canada et à travers le monde. Un récent document de travail de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) suggère que les IP font face à des obstacles similaires dans la plupart des pays, y compris à l'opposition de la part de certains intervenants et aux intérêts personnels (p. ex., la main-d'œuvre médicale), aux obstacles législatifs/réglementaires/politiques du gouvernement, aux problèmes de financement et de remboursement et à des défis d'implantation à l'échelle organisationnelle.¹⁶

Lorsque nous nous comparons aux États-Unis, où le nombre d'IP a plus que doublé



depuis 2007, le Canada est à la traîne dans la réalisation du potentiel des IP pour aider à réduire les temps d'attente. Aux États-Unis, 248 000 IP détiennent maintenant une licence pour pratiquer,¹⁷ un ratio d'une IP pour chaque tranche de 1 314 personnes. Au Canada, avec des effectifs de seulement 5 274 IP, le ratio est d'une IP pour chaque tranche de 6 994 personnes (ou environ 14 IP pour 100 000 habitants).¹⁸

Le Projet pancanadien de la FCSII pour la rétention et le recrutement des IP s'est déroulé entre novembre 2017 et juin 2018 afin d'aider à élaborer des recommandations pour le développement des IP au sein du système de santé du Canada dans le but d'améliorer l'accès en temps opportun aux soins de santé pour toutes les personnes habitant au Canada. Le projet incluait un

sondage pancanadien bilingue en ligne qui a récolté des réponses provenant de toutes les provinces et de tous les territoires, à l'exception du Yukon, des sondages par courriel sollicitant de l'information précise des conseillères principales en soins infirmiers et des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, une analyse des données des documents annuels de comparaison des contrats de la FCSII, l'accès par cartographie de l'ICIS/la FCSII des fournisseurs de soins primaires et une revue exhaustive de la littérature (littérature grise et révisée par des pairs sur une période de cinq ans), accompagnée d'une analyse thématique des données et des recommandations faites en fonction des conclusions du projet.

L'étude sur les IP – la plus vaste en son genre jamais entreprise au Canada – a obtenu un taux de réponse pancanadien de 22 % de la

part d'IP provenant de toutes les provinces et territoires, à l'exception du Yukon. Un total de 1 160 réponses ont été reçues, se composant de 1 038 réponses en anglais et de 122 en français.

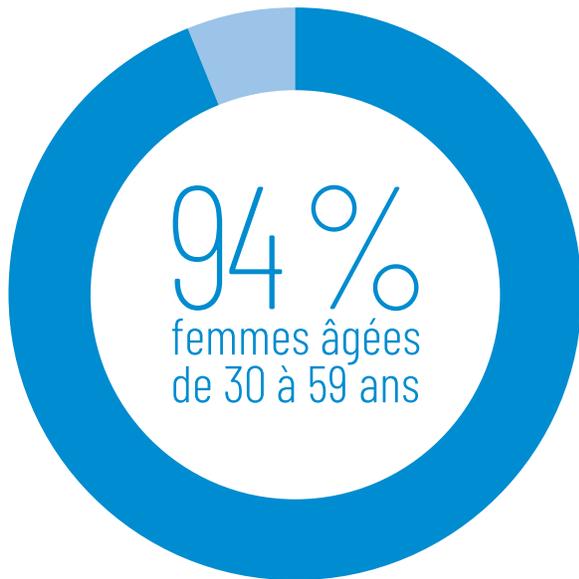
Le Tableau 1 indique le nombre de réponses et ce que cela représente en termes de proportion d'effectifs en fonction des chiffres sur les effectifs de 2017 de l'Institut canadien d'information sur la santé par province/territoire et à l'échelle nationale.

TABLEAU 1 – Nombre/taux de réponse à l'étude sur les IP

PROVINCE/TERRITOIRE	NOMBRE DE RÉPONSES	TAUX DE RÉPONSE (%)
Colombie-Britannique	62	14,8
Alberta	143	29,7
Saskatchewan	76	35,2
Manitoba	71	39,9
Ontario	447	14,8
Québec	107	24,8
Nouveau-Brunswick	35	28,0
Nouvelle-Écosse	37	22,7
Île-du-Prince-Édouard	12	50,0
Terre-Neuve-et-Labrador	61	37,0
Territoires du Nord-Ouest et Nunavut	6	14,6
Autres (à l'extérieur du Canada(2); n'ont pas indiqué leur province/territoire)	103	
TOTAL	1 160	22 %

Source : Étude pancanadienne de la FCSII sur les IP (2017-2018).

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE

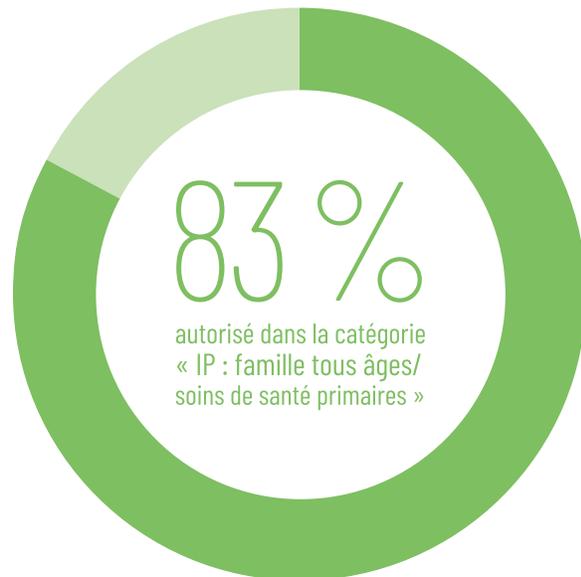


ÂGE ET SEXE

La plupart des répondantes étaient des femmes (94 %), et elles étaient âgées de 30 à 59 ans.

PRATIQUE

La grande majorité (83 %) des IP ayant répondu au sondage détenaient une licence dans la catégorie « IP : famille tous âges/soins de santé primaires », à l'exception de l'Alberta où seulement 55 % détenaient une licence à titre de « IP : famille tous âges ». En Alberta, 32 % détenaient une licence « IP : adulte ».



BILINGUISME

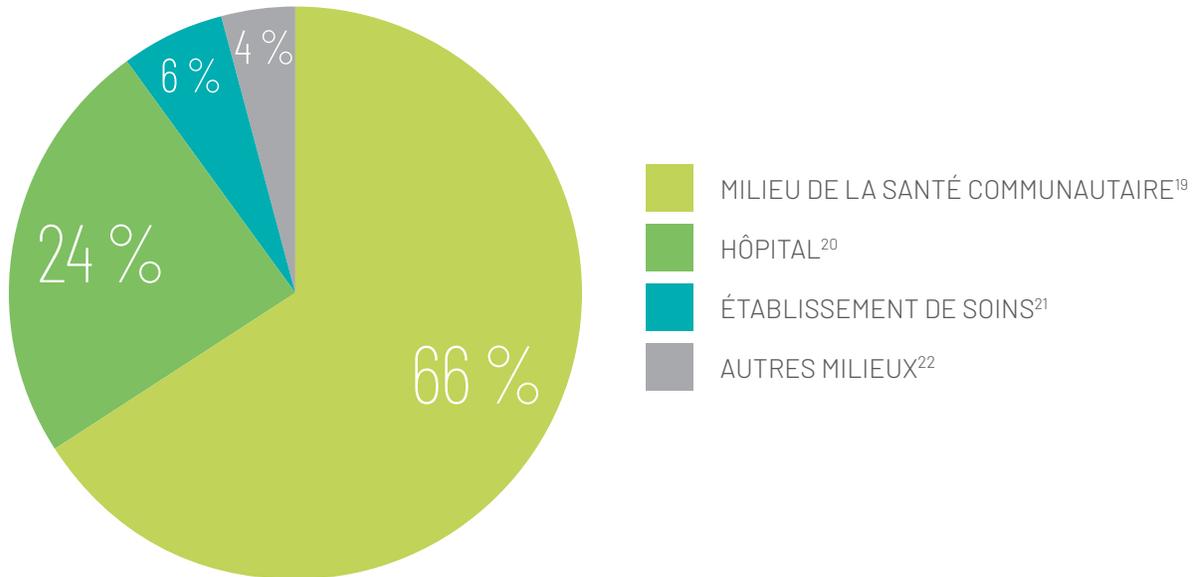
18 % des IP peuvent offrir des services d'IP en français et en anglais. Les provinces où la plupart des IP bilingues exercent sont :

- QC (36 %)
- ON (32 %)
- N.-B. (9 %)

SITUATION D'EMPLOI

92 % des IP ayant répondu à l'étude travaillent actuellement à titre d'IP. Parmi ces dernières, 97 % travaillent en pratique clinique. Voici la répartition de leur milieu d'emploi :

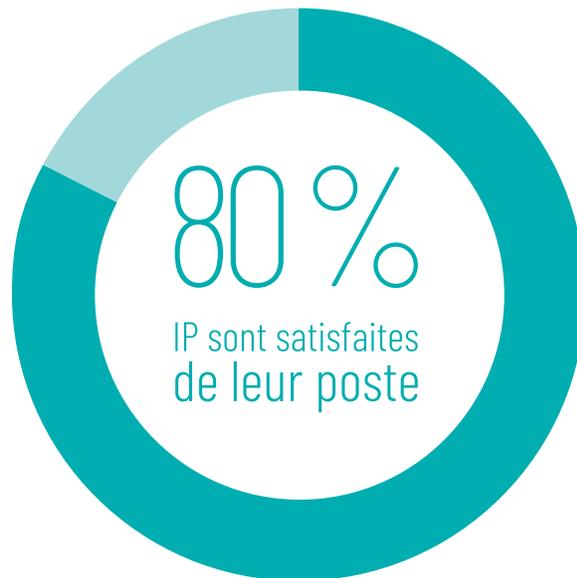
92 %



SATISFACTION GÉNÉRALE

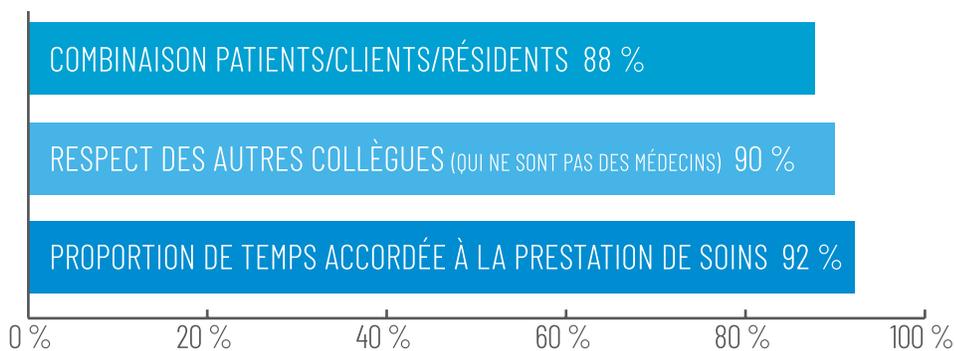
SATISFACTION

80 % des IP à travers le Canada signalent qu'en général, elles sont satisfaites de leur poste dominant d'IP, un pourcentage de satisfaction assez uniforme à travers tous les milieux.



LES PRINCIPALES SOURCES DE SATISFACTION

Les trois principales sources de satisfaction (dans leur poste dominant) sont :



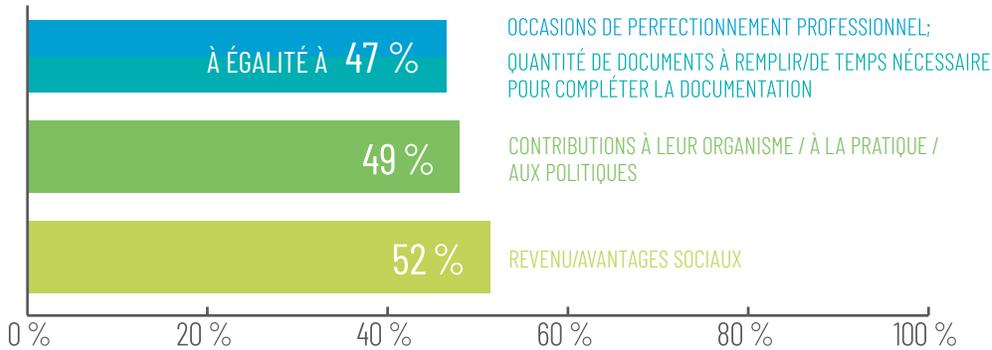
PAR MILIEU

Les trois principales sources de satisfaction sont assez uniformes à travers tous les milieux, à quelques exceptions près :

- Le « respect des autres collègues (qui ne sont pas des médecins) » ne fait pas partie des trois principales sources de satisfaction dans les milieux de soins en établissement ou hospitaliers; la « combinaison patients/clients/résidents » et la « pension » font seulement partie des trois principales sources de satisfaction en milieu hospitalier.
- Le « nombre de cas de patients/clients/résidents » et la « disponibilité des médecins » font partie des trois principales sources de satisfaction en milieu de soins en établissement et de la catégorie *Autre*; le « niveau d'autonomie » fait partie des trois principales sources de satisfaction des milieux de soins en établissement et des soins de santé communautaire.

LES PRINCIPALES SOURCES D'INSATISFACTION

Les trois principales sources d'insatisfaction des IP dans leur poste dominant sont :



PAR MILIEU

Les trois principales sources d'insatisfaction sont assez uniformes à travers tous les milieux :

- Le « revenu/les avantages sociaux » ne font pas partie des trois principales sources d'insatisfaction dans le milieu *Autre*, tandis que le « soutien de la direction » et le « respect des collègues médecins » font seulement partie des trois principales sources d'insatisfaction dans le milieu *Autre*.
- Les « occasions de perfectionnement professionnel » ne font pas partie des trois principales sources d'insatisfaction dans le milieu de la santé communautaire, mais les « contributions à leur organisme/à la pratique/aux politiques » et la « quantité de documents à remplir/de temps nécessaire pour compléter la documentation » font seulement partie des trois principales sources d'insatisfaction dans le milieu de la santé communautaire.
- La « quantité de soutien administratif » figure parmi les trois principales sources d'insatisfaction seulement en milieu hospitalier, tandis que le « sentiment d'importance pour ce que vous faites » fait seulement partie des trois principales sources d'insatisfaction en milieu de soins en établissement.

AMÉLIORER LA RÉTENTION ET LE RECRUTEMENT

CINQ FACTEURS

Les IP ont indiqué les cinq facteurs suivants comme étant les plus importants pour améliorer la rétention et le recrutement des IP :

- 1 MEILLEUR REVENU/RÉMUNÉRATION
- 2 SUPPRIMER LES OBSTACLES LÉGISLATIFS AU TRAVAIL PERMETTANT AUX IP D'EXERCER PLEINEMENT LEUR CHAMP DE PRATIQUE
- 3 AUGMENTER LE FINANCEMENT POUR LES POSTES D'IP
- 4 DÉVELOPPER LES MILIEUX DE TRAVAIL POUR LES IP
- 5 AMÉLIORER LES OCCASIONS DE FORMATION CONTINUE/DE PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Les cinq facteurs suivants, outre les relations/la collaboration interprofessionnelles, sont ressortis de l'étude dans son ensemble comme étant les principaux thèmes nuisant à la rétention et au recrutement des IP.



Greg Bennett/Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

THÈME 1 : RÉMUNÉRATION

De nombreux auteurs, y compris un article récent de l'OCDE,²³ ont identifié la rémunération comme étant l'un des facteurs les plus importants ayant une influence sur la rétention de l'emploi et la satisfaction pour les IP. La rémunération et les structures de rémunération des IP sont susceptibles d'influencer de manière négative ou positive la satisfaction à l'égard de l'emploi des IP et les efforts de rétention.^{24,25} Il existe une corrélation étroite entre la satisfaction à l'égard de l'emploi et l'échelle salariale d'une personne.²⁶ La capacité à exercer au sein d'un modèle de soins holistique et collaboratif offrant un revenu adéquat contribue à la satisfaction à l'égard de l'emploi et à la rétention des IP.²⁷ Il convient de noter que l'insatisfaction des IP par rapport à la rémunération totale inclut les avantages sociaux, la transférabilité des avantages sociaux, la pension et l'ancienneté, etc.^{28,29}

Voici quelques-uns des enjeux spécifiques identifiés dans la recherche :

- La grande variation des revenus existe tant au sein des provinces/territoires qu'à travers le pays.^{30,31}
- La concurrence dans le secteur de la santé lui-même a engendré des différences de

salaires et des écarts liés aux avantages sociaux, tout particulièrement entre les soins actifs et primaires,^{32,33} ainsi qu'entre les soins actifs et les organismes de réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)(Ontario) ou les centres communautaires de soins de santé primaires.³⁴

- La rémunération des médecins, comparativement aux salaires des IP, est identifiée comme un facteur exaspérant dans le domaine des soins actifs.³⁵
- Un nouveau champ de pratique élargi n'a pas mené à une augmentation du revenu.³⁶
- Les différences salariales entre les IP syndiquées et celles qui ne le sont pas.³⁷
- Les revenus des IP de toutes les provinces canadiennes sont inférieurs aux recommandations du rapport du groupe Hays sur les revenus des infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario, qui a analysé les revenus et les responsabilités à travers le secteur de la santé pour formuler des recommandations précises sur la rémunération des IP.³⁸

CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

- Le revenu/les avantages sociaux ont été identifiés comme étant la source la plus importante d'insatisfaction des IP dans leur poste dominant, et l'amélioration du revenu/ des avantages sociaux a été signalée comme le principal élément pouvant aider à améliorer la rétention et le recrutement des IP.
- 44 % des IP sont insatisfaites de leur rémunération générale. Les IP de l'Alberta et du Québec ont signalé des taux d'insatisfaction considérablement plus élevés, soit de 57 % et de 60 % respectivement. Ce sont les IP travaillant en milieu de soins communautaires, qui signalent les taux d'insatisfaction les plus élevés (48 %).
- Les IP ont signalé travailler en moyenne de 3 à 4 heures supplémentaires non rémunérées par semaine. Cet élément est homogène dans tous les milieux de travail.
- Une personne sur cinq mentionne avoir participé à des activités sur appel (un mélange d'heures rémunérées et non rémunérées).
- 80 % des IP bénéficient d'avantages sociaux dans l'un de leurs postes d'IP.
- Plus de la moitié (52 %) des IP à travers le Canada sont insatisfaits du nombre de jours de vacances rémunérés, et les taux d'insatisfaction plus élevés ont été signalés par les IP de l'Î.-P.-É. (73 %) et du QC (65 %). Ce taux est homogène dans tous les milieux de soins communautaires, hospitaliers et en établissement de soins; il est beaucoup plus faible dans le milieu *autre*, où 24 % sont insatisfaites.
- Plus de 90 % des IP de toutes les provinces ne contribuent pas aux coûts indirects, à l'exception du QC, où seulement 60 % n'y contribuent pas.
- 51 % des IP ont signalé être syndiquées dans leur poste dominant et 24 % dans leur poste secondaire.
- 83 % des IP estiment que leur syndicat ne représente pas les sujets de préoccupations spécifiques aux IP. Elles ont le sentiment que les syndicats ne comprennent pas entièrement la pratique, les responsabilités et le métier des IP en raison du petit nombre d'effectifs en IP.

POINTS DE VUE DES IP

« Je gagnais plus à l'heure en tant qu'infirmière dans un hôpital. Je ne suis pas rémunérée de manière appropriée pour le niveau de responsabilités que j'ai et les heures supplémentaires que je fais. »

« Actuellement, c'est [le travail sur appel] fait 'gratuitement' parce que je ne gagne rien officiellement, mais... ils peuvent m'appeler en tout temps le jour ou la nuit, les fins de semaine ou les jours de semaine, et je dois répondre. »

« Les postes d'IP financés par les pouvoirs publics sont rémunérés de façon médiocre pour l'ampleur du travail et le nombre de cas complexe de patients. »

« Compte tenu de ma formation scolaire, de mes années d'expérience et de ma productivité au travail, j'estime que je mérite une meilleure rémunération. »





3 À 4 HEURES

Les IP ont signalé travailler en moyenne de 3 à 4 heures supplémentaires non rémunérées par semaine.

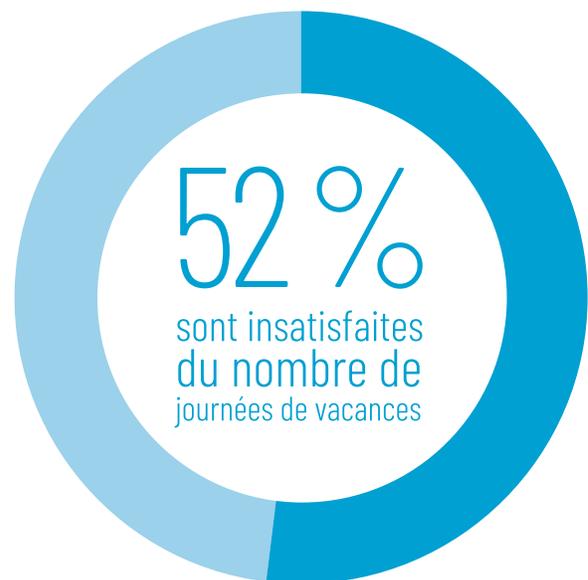


RÉMUNÉRATION GLOBALE

44 % des IP sont insatisfaites de leur rémunération globale d'IP.

JOURNÉES DE VACANCES

Plus de la moitié (52 %) des IP à travers le Canada sont insatisfaites du nombre de journées de vacances payées.



ANALYSE DES DONNÉES SALARIALES DE L'ÉTUDE PANCANADIENNE DE LA FCSII (2017-2018)

Selon les conclusions de l'étude pancanadienne de la FCSII sur les IP, le tableau suivant indique le revenu total moyen des IP à temps plein et à temps partiel dans leur poste primaire pour chaque province et territoire, avec le salaire moyen global (incluant les heures supplémentaires et les primes de travail sur appel) pour chaque catégorie (temps plein et temps partiel).

TABLEAU 2 – Revenu total moyen pour les postes dominants d'IP par province

POUR DES IP SYNDIQUÉES ET NON SYNDIQUÉES, INCLUANT LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES ET LES PRIMES DE TRAVAIL SUR APPEL (TEMPS PARTIEL ET TEMPS PLEIN)

PROVINCE / TERRITOIRE	TEMPS PLEIN (\$)	TEMPS PARTIEL (\$)
Alberta	112 000	73 000
Colombie-Britannique	105 353	77 000
Manitoba	110 000	82 500
Nouveau-Brunswick	100 000	44 000
Terre-Neuve-et-Labrador	101 622	45 000
Territoires du Nord-Ouest	106 000	S/O
Nouvelle-Écosse	103 000	82 500
Nunavut	126 000	S/O
Ontario	103 822	60 000
Île-du-Prince-Édouard	96 500	S/O
Québec	85 000	45 000
Saskatchewan	114 200	60 000
GLOBAL*	103 000	70 000

* Le salaire global est le revenu total moyen (incluant les heures supplémentaires/les primes de travail sur appel) pour tous les 1 160 répondants, y compris ceux n'ayant pas identifié leur province ou territoire.

Remarque : Selon les conclusions de l'étude, le revenu total moyen des IP syndiquées et non syndiquées ne diffère pas (incluant les heures supplémentaires et les primes de travail sur appel) pour leur poste d'IP dominant : les deux gagnent 103 000 \$ pour un poste à temps plein et 68 000 à 70 000 \$ pour un poste à temps partiel.

Selon les conclusions de l'étude pancanadienne de la FCSII sur les IP, le tableau suivant indique le revenu total moyen (incluant les heures supplémentaires et les primes de travail sur appel) pour les répondantes syndiquées et non syndiquées pour des postes d'IP à temps plein et à temps partiel par milieu.

TABLEAU 3 – Revenu total moyen pour un poste d'IP dominant par milieu

(TEMPS PARTIEL ET TEMPS PLEIN)

	TEMPS PLEIN (\$)	TEMPS PARTIEL (\$)
Santé communautaire	103 000	70 100
Hôpital	107 000	62 500
Établissement de soins	106 500	55 000
Autre	106 500	232 000*

* La prudence est de rigueur étant donné le très petit nombre d'IP dans cette situation unique d'emploi.

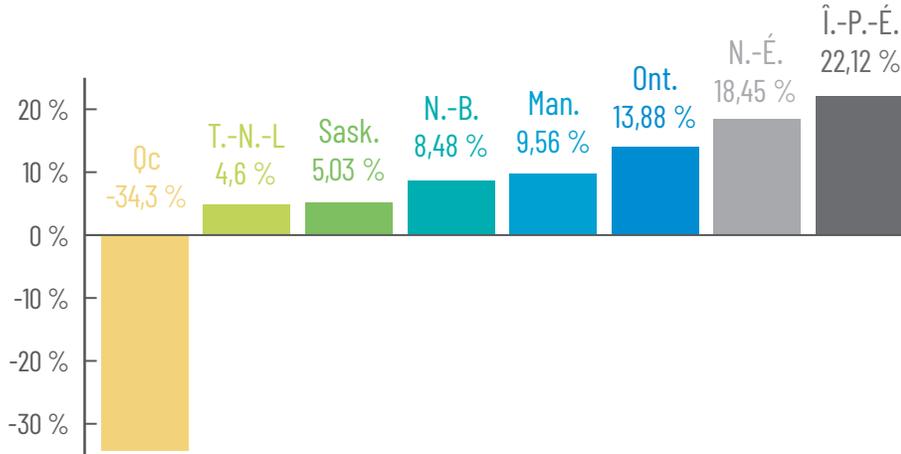
ANALYSE DES DONNÉES SALARIALES DES IP ET DES INFIRMIÈRES DE SOINS GÉNÉRAUX SYNDIQUÉES³⁹

RÉMUNÉRATION : DIFFÉRENCE EN POURCENTAGE DES REVENUS DE BASE (MINIMUMS) DES IP ET DES REVENUS MAXIMUMS DES INFIRMIÈRES

Basé sur les données de comparaison des contrats de 2017 de la FCSII, on remarque un important écart de l'échelle salariale entre les IP syndiquées et les IA syndiquées dans différentes provinces. Lorsqu'on analyse les données des revenus de départ des IP comparativement au revenu maximum des infirmières de soins généraux, la différence varie de 5 % à T.-N.-L. et en SK à 22% à l'Î.-P.-É. Toutes les autres provinces présentent une augmentation à divers degrés, le QC faisant cependant figure d'exception. Ces données excluent les primes additionnelles de paie pour les IA de soins

généraux, telles que les postes de leadership (infirmière clinicienne spécialisée), le temps de travail (soirs, nuits, fins de semaine, etc.), le poste (responsable, chef d'équipe, etc.) et les heures supplémentaires. Compte tenu de toutes ces primes, le revenu total réel d'une IA de soins généraux gagnant le salaire le plus élevé de l'échelle salariale risque fort d'être plus élevé que le revenu de base utilisé ici. C'est donc dire que les différences de revenus réels en pourcentage entre une IP qui commence et une IA gagnant le salaire le plus élevé seraient inférieures à celles que nous indiquons ci-bas.

IMAGE 1 : Différence en pourcentage entre le revenu de base maximum d'une IA et le revenu de base minimum d'une IP

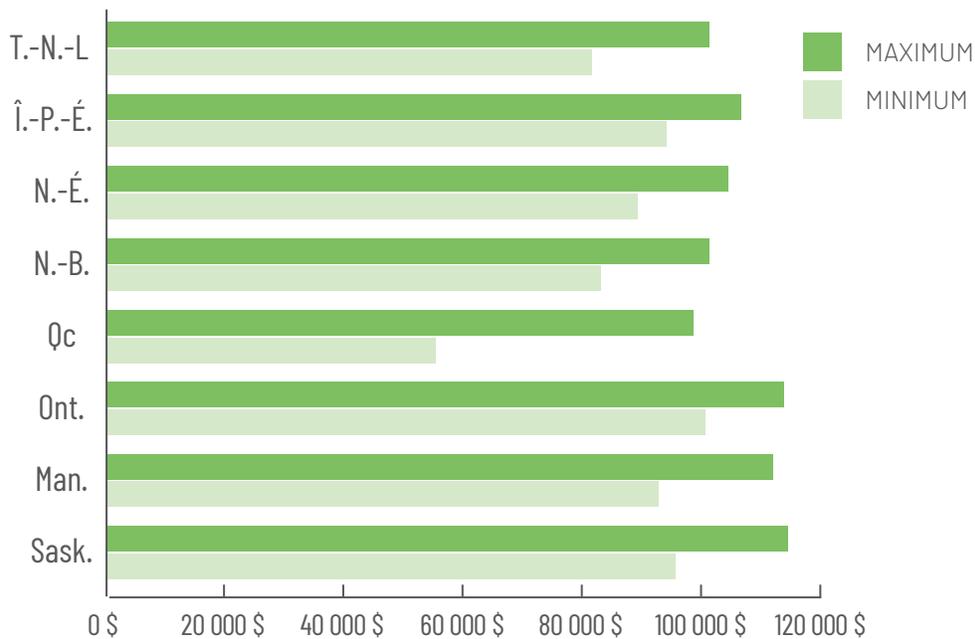


Source : *Aperçu des principales dispositions contractuelles en soins infirmiers de la FCSII, 2017*

* Remarque concernant les IP du Québec : Au Québec, on observe de toute évidence une importante disparité dans les revenus des IP de toute la province. La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ) et le gouvernement provincial s'efforcent de trouver une solution sur laquelle les parties s'entendent pour coordonner davantage les revenus des IP à travers la province.

Remarques : Représente les données disponibles en date du 31 octobre 2017 des grilles salariales des contrats et n'inclut pas les primes de long service. Les moyennes pondérées de l'AIIO ont été utilisées pour les revenus des IP en ON. Les données de la C.-B. et de l'Alberta n'étaient pas disponibles dans le document source (les IP de l'Alberta n'ont pas le droit de se syndiquer).

IMAGE 2: Comparaison des revenus des IP syndiquées par province, 2017
REVENU MINIMUM ET MAXIMUM (DES GRILLES SALARIALES DES CONTRATS)



Source : *Aperçu des principales dispositions contractuelles en soins infirmiers de la FCSII, 2017*

Remarques : Représente les données disponibles en date du 31 octobre 2017 des grilles salariales des contrats et n'inclut pas les primes de long service. Les moyennes pondérées de l'AIIO ont été utilisées pour les revenus des IP

en ON. Les données de la C.-B. et de l'Alberta n'étaient pas disponibles dans le document source (les IP de l'Alberta n'ont pas le droit de se syndiquer).

Les moyennes pondérées de l'AIIO ont été utilisées pour les revenus des IP en ON. Les données de la C.-B. et de l'Alberta n'étaient pas disponibles dans le document source (les IP de l'Alberta n'ont pas le droit de se syndiquer).

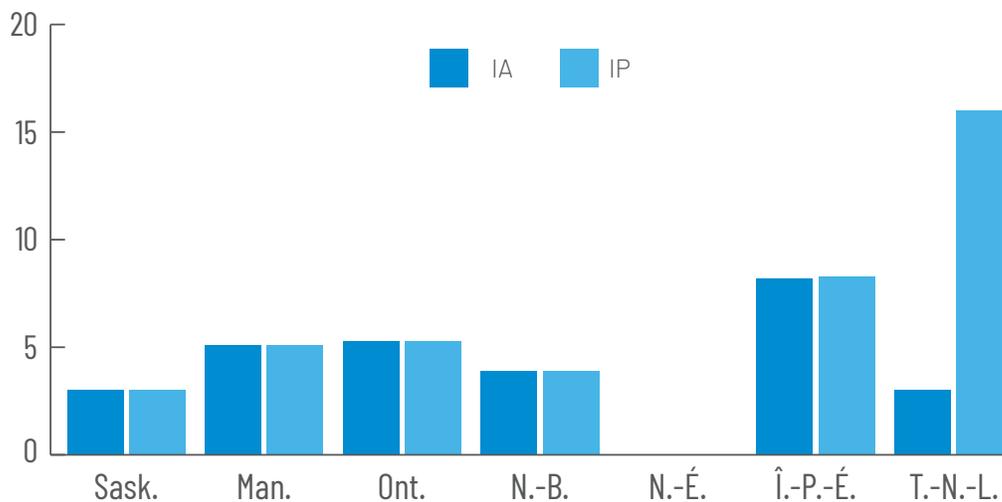
REVENU D'UNE IP versus UN MÉDECIN DE FAMILLE

Revenu de base maximum moyen pour une IP syndiquée en fonction de la grille salariale des contrats : **106 633,72 \$**

Revenu moyen (moins les coûts indirects) pour un médecin de famille : **178 000 \$***

Sources : *Aperçu des principales dispositions contractuelles en soins infirmiers* de la FCSII, 2017; <http://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/doctors-nova-scotia-fees-timothy-matheson-salary-expenses-1.3603743>; ICIS, Les médecins au Canada 2016. Ottawa: Auteur.

IMAGE 3: Augmentation en pourcentage du revenu minimum 2014-2017



Source : *Aperçu des principales dispositions contractuelles en soins infirmiers* de la FCSII, 2017

Remarques : Représente les données disponibles en date du 31 octobre 2017 des grilles salariales des contrats et n'inclut pas les primes de long service. Les moyennes pondérées de l'AIIO ont été utilisées pour les revenus des IP en ON. Les données de la C.-B. et de l'Alberta n'étaient pas disponibles dans

le document source (Les IP de l'Alberta n'ont pas le droit de se syndiquer). Les données pour la N.-É. sont inchangées en raison des négociations permanentes de contrats. Les IP de T.-N.-L. ont bénéficié d'une révision de leur structure professionnelle négociée par le SIATNL auprès du gouvernement provincial.

CONCLUSIONS CLÉS

- Les conclusions de l'étude indiquent que le revenu/les avantages sociaux constituent la source la plus importante d'insatisfaction au travail pour les IP.
- D'importants écarts de rémunération existent à travers le pays.
- Les revenus ne reflètent pas la formation additionnelle, le champ de pratique, les responsabilités, la responsabilisation des IP versus ceux des infirmières.
- Les IP sont frustrées par les niveaux de rémunération comparés à leurs homologues médecins.

THÈME 2 : CLARTÉ DU RÔLE ET CHAMP DE PRATIQUE

De nombreuses études soulignent un manque général de sensibilisation et de compréhension à l'égard du rôle que peuvent jouer les IP, leur formation et leurs relations avec les médecins et les autres membres de l'équipe.^{40,41,42,43,44,45,46,47,48,49} Ce manque de clarté de leur rôle ainsi que les obstacles législatifs et réglementaires,^{50,51,52} nuisent à leur capacité à exercer pleinement leur champ de pratique, menant à de l'insatisfaction au travail. Bien que des progrès aient été réalisés pour harmoniser les champs de pratique légaux des IP à travers le Canada, plusieurs différences persistent.^{53,54}

Voici quelques points précis qu'a permis d'identifier cette recherche :

- On se demande si les IP sont des fournisseurs autonomes ou des auxiliaires du médecin.⁵⁵
- La compréhension restreinte des intervenants quant au rôle des IP limite l'exploitation complète des compétences des IP pour améliorer les soins interprofessionnels. Des modèles dirigés par les IP ont été identifiés comme étant une solution pour surmonter les obstacles.^{56,57}
- Les membres de l'équipe de soins accordent beaucoup moins d'importance au rôle des IP quand les leaders, notamment les médecins, limitent le rôle des IP.⁵⁸
- Lorsqu'elles travaillent en milieu rural ou dans une communauté du nord, le champ de pratique d'une IP peut augmenter parce qu'elle est la seule professionnelle de la santé disponible.⁵⁹ Une étude canadienne sur les IP en milieu rural a conclu que 6,2 % des IP considéraient leur rôle infirmier comme étant inférieur à leur champ de pratique autorisé, et 11 % des IP le considéraient comme étant au-dessus de leur champ de pratique autorisé.⁶⁰
- La sensibilisation et la compréhension des leaders dans les hôpitaux quant au rôle et à l'importance des IP varient considérablement, ce qui mène à de mauvais choix d'embauche et à l'intégration inadéquate du rôle.⁶¹
- Fixer des objectifs et des attentes clairs quant au rôle des IP dans l'environnement de l'équipe a été identifié comme essentiel pour favoriser la satisfaction au travail.^{62,63,64}
- Le fait d'avoir un champ de pratique étendu est enrichissant et stimulant.⁶⁵ Il a tout de même été suggéré qu'environ la moitié des IP estimait pouvoir exercer pleinement leur champ de pratique.⁶⁶
- L'utilisation d'un cadre d'assurance de la qualité, comme PEPPA (un processus participatif, fondé sur des données probantes et axé sur les patients pour les infirmières en pratique avancée), le cadre participatif conçu pour l'introduction du rôle des IP est essentiel pour que le rôle des IP connaisse du succès.⁶⁷

CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

26 % des IP ont mentionné qu'elles n'exerçaient pas pleinement leur champ de pratique dans leur poste dominant d'IP. Notamment dans les T.-N.-O. et au QC, les chiffres étaient considérablement plus élevés : 75 % et 35 % respectivement. Beaucoup moins d'IP ont mentionné ne pas exercer pleinement leur champ de pratique en C.-B. (15 %) et au N.-B. (20 %).

- Les taux les plus élevés d'IP indiquant ne pas exercer pleinement leur champ de pratique ont été observés en milieu hospitalier (33 %), et les plus faibles se trouvaient dans le milieu des soins de santé communautaire (24 %).
- Des taux plus élevés d'IP indiquant ne pas exercer pleinement leur champ de pratique ont été signalés par les IP syndiquées (30 %) versus les IP non syndiquées (22 %).
- Des taux plus élevés d'IP indiquant ne pas exercer pleinement leur champ de pratique ont été signalés par les IP rémunérées à l'heure en fonction des heures réelles travaillées (28 %) versus celles gagnant

N'EXERCENT PAS PLEINEMENT
LEUR CHAMP DE PRATIQUE

26 %

un salaire annuel prédéfini, peu importe le nombre d'heures travaillées (22 %).

- 74 % des IP ayant mentionné ne pas exercer pleinement leur champ de pratique dans leur poste d'IP dominant travaillent en milieu urbain, 22 % travaillent en milieu rural et 4 % en milieu éloigné.
- Des taux au-dessus de la moyenne d'IP indiquant ne pas exercer pleinement leur champ de pratique ont été signalés par celles dont le poste est financé par une entreprise privée, à but lucratif (41 %), et celles dont le poste est financé par un établissement public individuel, comme un hôpital ou un établissement de soins de longue durée (30 %).

Lorsqu'on leur a demandé de classer pourquoi elles n'exercent pas pleinement leur champ de pratique, les IP ont mentionné les trois principales raisons suivantes :



**LA FAÇON DONT MON
RÔLE A ÉTÉ DÉFINI**



**OBSTACLES LIÉS
À L'EMPLOYEUR/
L'ÉTABLISSEMENT**



**LA PERSONNALITÉ ET LA
PHILOSOPHIE DES MÉDECINS
AVEC LESQUELS J'EXERCE**

Ces trois raisons étaient assez homogènes dans tous les milieux, bien qu'en ordre différent. Une exception a été signalée dans le milieu *Établissement de soins*, où les IP ont indiqué un manque d'accès à un modèle de financement qui permettrait aux patients/clients/résidents d'avoir accès aux services des IP et aux obstacles législatifs.



Syndicat des infirmières et
des infirmiers du Manitoba

POINTS DE VUE DES IP

« Le milieu où j'exerce n'est pas équipé ou conçu pour que je puisse exercer pleinement mon champ de pratique. »

« Notre gestionnaire nous dit ce que nous pouvons et ce que nous ne pouvons pas faire en fonction du financement que nous avons pour nos fournitures. »

« Les deux branches du gouvernement, le provincial et le fédéral doivent s'efforcer de modifier les lois pour permettre aux IP d'exercer pleinement leur champ de pratique. Actuellement, je peux prescrire du mifegymiso et des narcotiques, mais je n'ai légalement pas le droit d'effectuer un examen médical pour l'obtention d'un permis de conduire ni de déterminer des compétences en raison des lois en vigueur. Plusieurs formulaires fédéraux et provinciaux spécifient que seul un médecin peut les remplir, et cela constitue un facteur qui limite la rapidité à laquelle le formulaire peut être rempli, car le patient devra être vu par le médecin avec lequel je collabore. »

CONCLUSIONS CLÉS

- Plusieurs obstacles (législation/règlements fédéraux/provinciaux/territoriaux, manque de clarté du rôle, politiques de l'employeur, etc.) empêchent les IP d'exercer pleinement leur champ de pratique.
- Plus d'un quart des IP mentionnent ne pas exercer pleinement leur champ de pratique, ce qui mène à de l'insatisfaction au travail.
- Le manque de clarté du rôle des IP contribue à une utilisation sous-optimale des IP au sein du système de santé.

THÈME 3 : RELATIONS INTERPROFESSIONNELLES, RESPECT ET MODÈLES DE SOINS COLLABORATIFS

On reconnaît que les modèles de soins interprofessionnels et collaboratifs sont efficaces et forment la base sur laquelle les politiques de soins de santé se fonderont à l'avenir. Les centres de santé communautaire et les cliniques dirigées par des IP constituent deux exemples de modèles de ce genre.

Les centres de santé communautaire sont des organismes à but non lucratif, gérés par les communautés, qui fournissent depuis plus de 40 ans des soins primaires, font la promotion de la santé et offrent des services de développement communautaire en adoptant un modèle ayant recours à une équipe interprofessionnelle.⁶⁸ Les centres de santé communautaire de l'Ontario offrent des soins aux populations socialement défavorisées et mal desservies, et ils emploient près de 400 médecins de soins primaires, plus de 300 IP et plusieurs autres intervenants.⁶⁹ De nombreuses études de recherche canadiennes estiment que les centres de santé communautaire offrent des soins de qualité supérieure et économiques, qu'ils obtiennent, dans l'ensemble, de meilleurs résultats que les autres modèles médicaux traditionnels, comme les soins médicaux à l'acte.^{70,71,72}

Il a été démontré que les cliniques dirigées par des IP généraient un taux élevé de satisfaction des patients relativement aux services cliniques, notamment du counseling efficace entraînant un changement positif du comportement lié à la santé.⁷³ Une évaluation des 26 premières cliniques dirigées par des IP indique un accès accru aux soins et un taux élevé de satisfaction de la part des patients et des fournisseurs.⁷⁴ De plus, il a été démontré

qu'une clinique gériatrique externe dirigée par des IP et d'autres professionnels avait des résultats positifs pour les patients et un taux élevé de satisfaction de la part des patients, des fournisseurs de soins et des médecins de soins primaires⁷⁵

Les IP exercent au sein d'une grande variété de modèles de prestation de soins, il y en a d'ailleurs des nouveaux tous les jours, avec plusieurs travailleurs de la santé différents dans toute une gamme de modèles de soins. L'intégration réussie des IP dans les équipes interprofessionnelles est la clé de leur efficacité, mais aussi un bon moyen de retenir et de recruter les IP et les autres fournisseurs. Les modèles de soins doivent appuyer, inclure, favoriser la collaboration et coordonner tous les fournisseurs de soins de santé.^{76,77,78}

Un récent document de travail de l'OCDE souligne quelques-uns des obstacles à la mise en œuvre des IP, y compris l'opposition de la part de certains intervenants (par exemple, la main-d'œuvre médicale). Le discours territorial et la résistance au changement ont été identifiés comme étant des obstacles importants ayant des répercussions sur l'implantation des IP.⁷⁹ On a enseigné aux médecins à être des leaders assumant toute la responsabilité des soins de santé, et ces derniers sont généralement résistants à partager l'autorité dans les soins aux patients, car ils considèrent le développement des IP comme une menace économique.⁸⁰ On doit mettre l'accent sur les équipes et non sur des médecins individuels dont les services sont facturés à l'acte.⁸¹

Quelques conclusions spécifiques qui ressortent de l'étude :

- Les champs de pratique des professionnels de la santé et les modèles de soins associés ont tendance à être organisés en se basant sur la tradition et les politiques plutôt qu'en fonction des données probantes pour mieux répondre aux besoins de santé actuels des populations. Les champs de pratique élargis, y compris ceux pour les IP, « ont souvent été introduits sans un énoncé complet de la façon dont ils ... seront intégrés aux modèles existants de prestation de services ».⁸²
- Il existe un manque général de compréhension, de la part de médecins, des infirmières et d'autres⁸³ quant à la façon dont le rôle des IP est en liaison avec les autres membres de l'équipe de soins dans un modèle de soins collaboratif au sein de tous les milieux de pratique,⁸⁴ ce qui pourrait causer de la confusion relativement aux responsabilités.⁸⁵
- Certains chercheurs ont suggéré que les modèles d'IP étaient mal compris et mal définis.⁸⁶ Les structures de pratique, et non pas les accords de financement, constituent d'importants facteurs déterminants permettant d'offrir des soins de santé primaires fondés sur des données probantes.⁸⁷
- Le modèle de soins doit refléter les valeurs de pratique qui sont importantes pour les IP : les soins holistiques sont à la base de leur pratique. Lorsque les IP ne peuvent pas exercer de manière holistique à cause de leur rôle dans une équipe, elles peuvent devenir insatisfaites.⁸⁸ Le manque de continuité des soins entre les soins actifs et les soins primaires est considéré comme un obstacle par les IP préconisant une approche holistique envers les soins de santé, et ce facteur doit être abordé à l'aide de nouveaux modèles de soins.^{89,90} Le modèle de soins utilisé en soins actifs doit envisager la contribution des IP.⁹¹
- Parmi les éléments favorisant la satisfaction au travail, notons le soutien adéquat des médecins⁹² and et la communication efficace, la délimitation du rôle ainsi que les objectifs de l'équipe de la part de la direction.⁹³



POINTS DE VUE DES IP

« ...Résistance de la part des employés en institutions, spécialisés en radiologie/laboratoire, des pharmaciens communautaires et des médecins spécialisés qui ne connaissent pas notre rôle. »

« Les cliniques dirigées par des infirmières praticiennes sont de loin le meilleur modèle pour les IP en termes de soins apportés aux patients et de satisfaction au travail. »

« Les administrateurs et les collègues/médecins doivent être davantage sensibilisés au rôle d'IP et aux avantages positifs des IP au sein d'une approche d'équipe... »

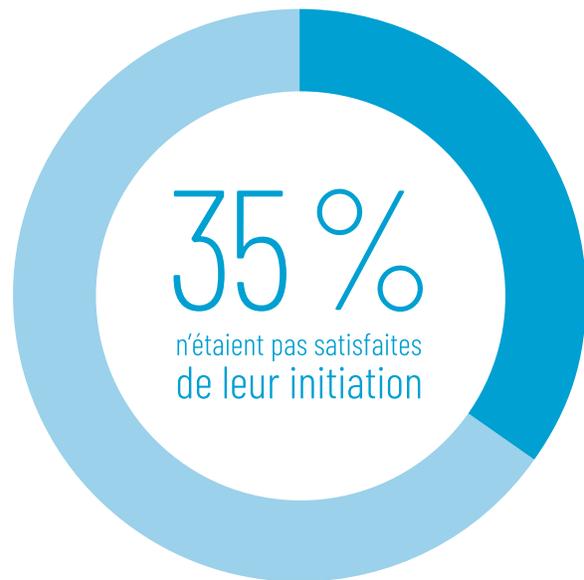
CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

La personnalité et la philosophie des médecins avec lesquels les IP exercent a été classé en troisième position comme raison pour laquelle les IP n'exercent pas pleinement leur champ de pratique.

35 % des IP n'étaient pas satisfaites de leur orientation avec le médecin/l'équipe de soins. Ce pourcentage varie d'un faible 32 % en milieu de santé communautaire à 42 % en milieu hospitalier.

Les IP collaborent avec plusieurs professionnels de la santé différents dans toute une gamme de modèles de soins. L'un des rôles les plus récents au Canada est celui d'adjoint au médecin. On croit souvent à tort qu'une IP et qu'un adjoint au médecin sont interchangeables, soit que l'un peut remplacer l'autre. Ce n'est pas le cas. Une IP est une professionnelle de la santé, qui est autonome, responsable et agréée, et qui offre des soins de santé exhaustifs et holistiques, tandis qu'un adjoint au médecin est une personne possédant une formation technique non agréée, qui travaille sous la direction et la supervision d'un médecin. La différence importante des rôles est le résultat d'une différence substantielle dans leur éducation. Les IP détiennent une maîtrise et au moins deux ans d'expérience à titre d'infirmière à temps plein selon leur baccalauréat, pour un total de huit ans, alors que les adjoints au médecin possèdent un cours d'un an et un an d'expérience clinique dans leur programme de formation. Les principales différences de leurs rôles sont indiquées dans le Tableau 4.

L'importance des IP pour les patients, les résultats pour l'organisation et le système sont bien documentés, notamment leur rapport coût-efficacité. Par exemple, une revue de 17 études comparant des résidents qui sont des patients d'IP en centre d'hébergement et de soins de longue durée suggère des taux plus faibles d'hospitalisation et des coûts généraux plus faibles pour les patients d'IP.⁹⁴



L'utilisation des IP pour gérer les patients en centre d'hébergement et de soins de longue durée pourrait entraîner des économies en soins de santé de 166 milliards de dollars américains (2010-2019) en réduisant les soins évitables et inappropriés.⁹⁵ Une revue systématique d'essais cliniques randomisés d'IP a démontré que les IP occupant des rôles de soins primaires ambulatoires avec d'autres fournisseurs obtiennent des résultats équivalents ou de meilleurs résultats pour les patients que leurs comparateurs et que ces derniers permettent potentiellement de réaliser des économies.⁹⁶ Peu d'études d'évaluation ont été menées sur les coûts et (ou) l'efficacité des IP dans les pratiques de soins primaires ou les milieux hospitaliers, autres que les services d'urgence.⁹⁷ De plus, les données probantes comparant l'efficacité clinique des IP par rapport aux pratiques de gestion courantes de soins d'urgence sont seulement équitables en termes de qualité méthodologique.⁹⁸ Les IP apportent une importante valeur ajoutée aux différents modèles de soins de santé, aux systèmes de santé et pour la santé des Canadiens.

TABLEAU 4 – Principales différences entre les rôles des IP et des adjoints au médecin⁹⁹

	INFIRMIÈRE PRATICIENNE	ADJOINT AU MÉDECIN
Description	<p>Possède et démontre des compétences pour poser de façon autonome un diagnostic, prescrire et interpréter des tests de diagnostic, prescrire des médicaments et effectuer des procédures spécifiques dans son champ de pratique prévu par la loi.</p> <p>Le rôle des IP découle d'une combinaison de connaissances, de compétences et d'habiletés cliniques, diagnostiques et thérapeutiques, qui met l'accent sur la santé holistique, la promotion de la santé et le partenariat avec les individus et leur famille ainsi qu'avec les communautés.</p>	<p>Possède des connaissances, des compétences et des attributs pour se charger de services médicaux délégués.</p>
Autonomie	<p>À titre de professionnelle agréée en soins de santé dont le titre est protégé, les IP sont des professionnelles autonomes, légalement responsables de leur propre pratique et jugement clinique.</p>	<p>Les adjoints au médecin ne sont pas des fournisseurs de soins autonomes. Leur champ de pratique et leur degré d'autonomie pour la prise de décision clinique, y compris leur autorité à prescrire, sont négociés sur une base individuelle avec le médecin qui les supervise. Aucun adjoint au médecin ne peut prescrire sans la supervision et l'autorisation du médecin.</p>
Éducation	<p>Les IP suivent deux ans de formation spécialisée en IP, généralement une maîtrise, en plus de leurs quatre premières années de baccalauréat en soins infirmiers et d'au moins deux ans d'expérience clinique à temps plein, pour un total de huit ans.</p>	<p>Les programmes de formation des adjoints au médecin durent environ 24 mois, incluant une année de cours et une année d'expérience clinique.</p>
Modèle d'éducation	<p>Priorise la santé holistique pour traiter non seulement la maladie, mais aussi toutes les dimensions de la personne (physique, émotionnelle, mentale, etc.), inclut les effets de la maladie sur la vie des patients et de leur famille.</p> <p>Place importante accordée à la prévention, au bien-être et à la provision de ressources pour inciter les patients à gérer eux-mêmes leur santé.</p> <p>Une IP met l'accent sur l'acquisition de connaissances et les compétences de prise de décisions, la santé de la population et la prévention, elle reconnaît les déterminants sociaux de la santé et insiste sur les activités plus analytiques associées aux soins primaires.</p>	<p>Fondé sur le modèle médical, qui en général met l'accent sur les aspects physiques et biologiques de maladies et affections spécifiques, et les procédures ou les stratégies cliniques pour traiter cette anomalie ou ce dysfonctionnement.</p> <p>Prépare les adjoints au médecin à travailler comme assistants pour les médecins, plutôt que comme des fournisseurs indépendants, les résultats de leur formation sont moins axés sur les processus analytiques et orientés davantage vers les processus techniques.</p>
Valeurs sous-jacentes	<p>Qualité accrue des soins aux patients, y compris : soins plus complets, expériences améliorées et meilleure accessibilité.</p>	<p>Efficacité et productivité accrues des services du médecin.</p>



Greg Bennett/L'Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario

CONCLUSIONS CLÉS

- La capacité à exercer de manière autonome et en préconisant l'aspect holistique dans les modèles de soins collaboratifs favorise la satisfaction au travail et la rétention des IP.
- Le manque de soutien des médecins favorise l'insatisfaction au travail des IP.
- Un manque de compréhension du rôle des IP de la part des médecins, des leaders en soins de santé et d'autres fournisseurs de soins contribue à l'insatisfaction au travail et à l'utilisation sous-optimale des IP afin de combler les besoins en soins de santé des Canadiens.
- Les adjoints au médecin ne sont pas des substituts des IP.
- Investir dans les IP représente un retour sur investissement positif.

THÈME 4 : MODÈLES DE FINANCEMENT ET DE RÉMUNÉRATION

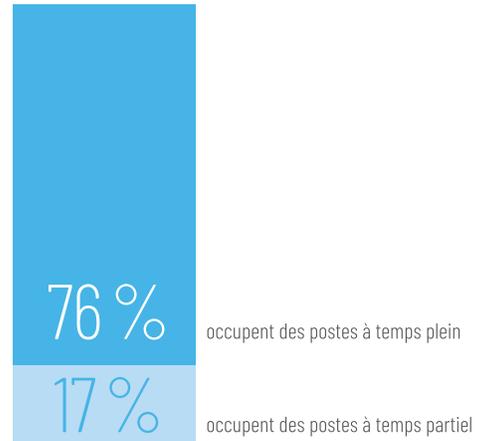
Afin que les IP participent pleinement aux soins de santé, le financement doit être alloué à des modèles de rémunération qui appuient les soins de santé primaires axés sur une équipe.¹⁰⁰ Les fonds pour la prestation des soins de santé sont accordés aux autorités régionales de la santé ou aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui décident des postes d'IP dans les budgets globaux. Les gouvernements provinciaux/territoriaux et les autorités régionales de la santé/les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) offrent du financement ciblé pour les IP.¹⁰¹ L'objectif est de créer un environnement financier qui appuie la collaboration et le partage des soins tout en reliant le financement aux activités de l'équipe plutôt qu'à des fournisseurs précis.¹⁰² « Une réforme du modèle de financement, peu importe le milieu, devrait appuyer une approche d'équipe pour les soins afin de s'assurer que les fonds vont aux patients et non aux fournisseurs. »¹⁰³ Plusieurs auteurs ont décelé un manque de modèles complets de financement en équipe appuyant la pratique des IP.^{104,105} Les mécanismes de financement, tout particulièrement les types de prestation de soins primaires et de méthodes de paiement pour les fournisseurs de soins, constituent l'un de quatre facteurs ayant été identifiés comme étant un obstacle pour la mise en œuvre des IP.¹⁰⁶ Les employés rémunérés sont le modèle de rémunération prédominant et actuellement le modèle de préférence pour appuyer la collaboration interprofessionnelle.¹⁰⁷

Conclusions spécifiques :

- En général, le modèle salarial a été bien reçu par les IP.¹⁰⁸
- Le modèle de services à l'acte ne s'harmonise pas bien aux soins exhaustifs offerts par une équipe¹⁰⁹ et peut faire en sorte que les IP et les médecins deviennent en concurrence directe pour du financement.¹¹⁰ Ce modèle peut perpétuer la perception de concurrence avec les médecins.¹¹¹ De plus, les IP ne peuvent pas facturer directement le système,¹¹² même si elles peuvent être intégrées à ce modèle, si elles sont payées par la province dans un modèle salarié.¹¹³
- Il a été démontré qu'en soins actifs, les régimes de rémunération basée sur des mesures incitatives en fonction de la productivité et de la qualité constituaient un élément de motivation efficace, et ces derniers ont des avantages accrus relativement à la qualité des soins et à la satisfaction.¹¹⁴ Par contre, d'autres estiment que les primes de rendement sous forme financière représentent les obstacles les plus importants aux soins interdisciplinaires et collaboratifs.¹¹⁵
- « Le modèle salarial repose sur l'obtention de nouveaux fonds ou la réallocation des fonds provenant des budgets de santé existants afin d'employer davantage d'IP et d'autres infirmières en pratique avancée (IPA), ce qui a limité le nombre de nouveaux postes d'IP au Canada... De plus, l'enveloppe pour le financement des médecins est séparée des autres services de santé. Cette division a créé de l'inflexibilité dans la capacité des planificateurs des services de santé à redistribuer les fonds, en plus d'instaurer des mesures tendant à décourager l'embauche des IP, parce que le salaire du médecin ne provient pas du budget global de santé ou du budget de l'hôpital. »¹¹⁶

CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

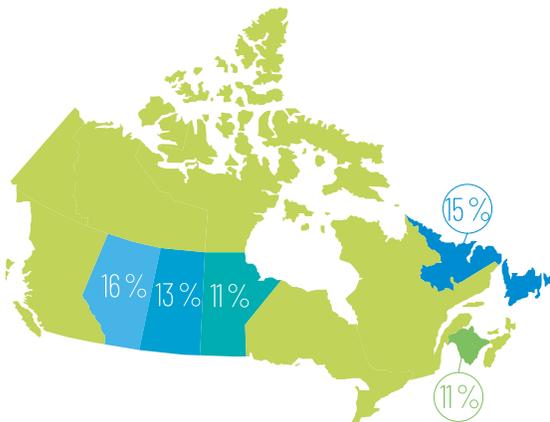
- Augmenter le financement pour les postes d'IP constitue l'un des cinq facteurs les plus importants identifiés par les IP afin d'améliorer la rétention et le recrutement des IP.
- La majorité des IP dans la plupart des provinces occupent un poste dans leur situation d'emploi préféré : 76 % dans des postes à temps plein et 17 % dans des postes à temps partiel.
- Il est intéressant de mentionner que le taux de postes à temps plein était considérablement plus bas en AB et au MB (sous les 60 %) et plus élevé à l'Î.-P.-É., en C.-B., en N.-É., au N.-B., au QC, dans les T.-N.-O. et à T.-N.-L. (au-dessus des 80 %).



9 %

POSTES EN TANT QU'IA ET IP

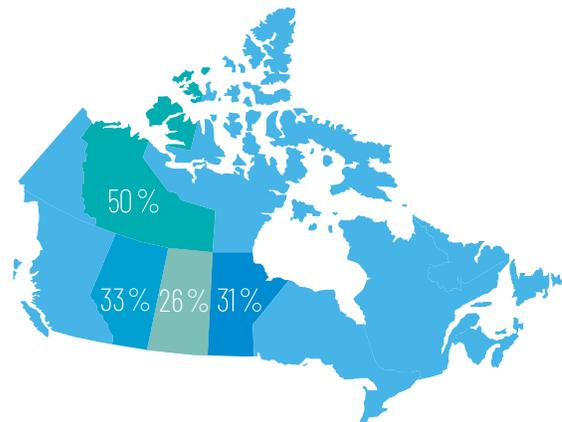
À travers le pays, 9 % des IP occupent un emploi en tant qu'IP et en tant qu'IA, et on observe un taux au-dessus de la moyenne en AB (16 %), dans les T.-N.-O. (15 %), en SK (13 %), au MB (11 %) et au N.-B. (11 %).



23 %

PLUS D'UN POSTE D'IP

23 % des IP signalent occuper plus d'un poste d'IP, ces dernières se trouvent dans plusieurs régions où l'on constate un taux plus élevé d'emplois multiples, soit en SK (26 %), au MB (31 %), en AB (33 %) et dans les T.-N.-O. (50 %).



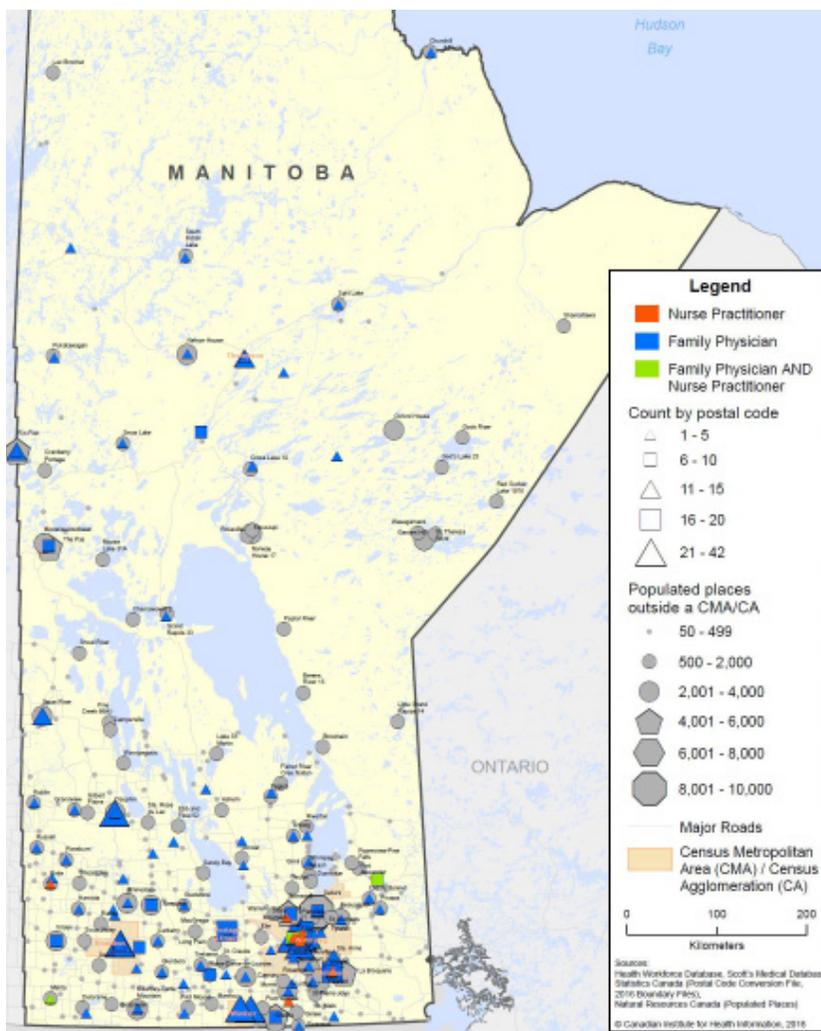
ACCÈS AUX FOURNISSEURS DE SOINS PRIMAIRES PAR GÉOCARTOGRAPHIE

En 2016, la FCSII s'est associée à l'ICIS pour effectuer un exercice de géocartographie afin de cartographier les fournisseurs de soins primaires (IP et médecins de famille) par région sanitaire, par subdivision de recensement et par 100 000 habitants, pour chaque région du Canada. Ces cartes sont tirées des bases de données nationales sur les effectifs hébergées par l'ICIS et les statistiques démographiques provinciales/territoriales. C'est la toute première fois qu'un tel exercice est entrepris.

Le vieil adage selon lequel une image vaut mille mots s'applique encore. L'échantillon de

la carte des fournisseurs de soins primaires pour le Manitoba, montrée ci-dessous, indique où il n'y a aucun fournisseur de soins primaires et donc une occasion pour créer des postes d'IP afin d'améliorer l'accès aux soins primaires. Une comparaison visuelle des différentes cartes des provinces/territoires illustre comment certains gouvernements et régions sanitaires/RLISS ont positionné de manière stratégique des IP, tandis qu'il subsiste dans d'autres régions un fort potentiel inexploité. Visitez le site fcsii.ca pour consulter toutes les cartes pour le Canada.

IMAGE 4 : Fournisseurs de soins primaires de santé, Manitoba, 2016





POINTS DE VUE DES IP

« Élaborer un modèle de financement permettant un apport direct de la province au lieu d'un financement par l'autorité sanitaire. À l'heure actuelle, on considère que les médecins sont gratuits puisque les autorités sanitaires n'ont pas à déboursier pour leurs services, alors que les IP sont considérés comme coûteuses puisque leurs services sont généralement financés à même le budget d'exploitation. »

« ...un modèle de financement gouvernemental pour élargir le cadre d'emploi ou pour permettre aux IP de diriger des cliniques. »

« ...améliorer les options de financement des IP afin de nous permettre de traiter directement avec le gouvernement au lieu des autorités sanitaires régionales. »

« La plupart des IP que je connais ont de nombreuses idées ingénieuses sur la manière d'utiliser nos compétences, mais le modèle de financement nous restreint. Il s'agit d'une barrière à l'accès inutile. »

CONCLUSIONS CLÉS

- Le manque de modèles de financement complets axés sur l'équipe et soutenant le rôle des IP limite l'accès aux soins de santé des Canadiens.
- Les établissements comme les soins de longue durée disposent de modèles de financement limités pour la mise en place des IP.
- Bon nombre de régions du Canada n'ont pas de fournisseurs de soins primaires, ou n'ont qu'un médecin de famille, et pourraient bénéficier de l'instauration de postes d'IP.

THÈME 5 : FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE/PERFECTIONNEMENT PROFESSIONNEL

Le lien entre la formation professionnelle continue/perfectionnement professionnel et la satisfaction au travail est bien établi dans la littérature. En plus de favoriser la satisfaction au travail,¹¹⁷ il est admis dans le milieu des soins de santé d'aujourd'hui que l'apprentissage continu et l'élimination des obstacles à la formation permanente pour les IP sont « essentiels étant donné l'importance de fonder les soins sur les pratiques exemplaires actuelles, et de perfectionner et maintenir les connaissances spécialisées. »¹¹⁸ « Sans soutien, sans temps dédié et sans ressources pour participer aux activités de formation, de recherche et de leadership, les infirmières en pratique avancée risquent de souffrir d'insatisfaction au travail et peuvent rater des occasions de se perfectionner ou de transmettre de nouvelles connaissances en soins infirmiers. »¹¹⁹

Parmi certaines des conclusions spécifiques de la recherche, notons :

- Le perfectionnement professionnel et le mentorat doivent être soutenus.^{120,121} Pour soutenir le perfectionnement professionnel, le mentorat peut promouvoir la rétention, la satisfaction au travail et l'enrichissement des rôles, et les programmes comme le mentorat en ligne ont démontré être efficaces dans l'amélioration des compétences et capacités de recherche.^{122,123}

- Faire partie d'une communauté de pratique pour les IP est important pour certains praticiens.¹²⁴
- Un financement constant, une période dédiée et un accès à la formation permanente continuent de poser des problèmes.¹²⁵
- La langue particulière aux IP utilisée dans les conventions collectives en relation avec le perfectionnement professionnel varie grandement d'une province/territoire à l'autre.¹²⁶
- Les IP doivent satisfaire à des exigences particulières en matière de formation continue pour le renouvellement annuel de leur inscription.¹²⁷
- Les gouvernements provinciaux/territoriaux et les employeurs soutiennent à des niveaux différents le perfectionnement professionnel/formation professionnelle continue, en ce qui a trait, par exemple, à l'aide à la réinstallation pour les postes difficiles à combler ou dans des régions éloignées; aux programmes de radiation de la dette; aux programmes de bourses pour les IP en échange de services post-formation; aux primes à la signature d'un contrat pour les postes difficiles à combler; aux initiatives de recrutement.¹²⁸

POINTS DE VUE DES IP

« Je suis d'avis que nous avons besoin de plus de jours de formation. Nos emplois exigent que nous restions constamment à jour. »

« J'aimerais avoir plus souvent l'occasion de participer à des séances de formation rémunérées. »

« ...des compétences continues qui améliorent grandement la pratique et les connaissances des IP; des séances régulières pour que les IP puissent acquérir les compétences nécessaires aux interventions. »



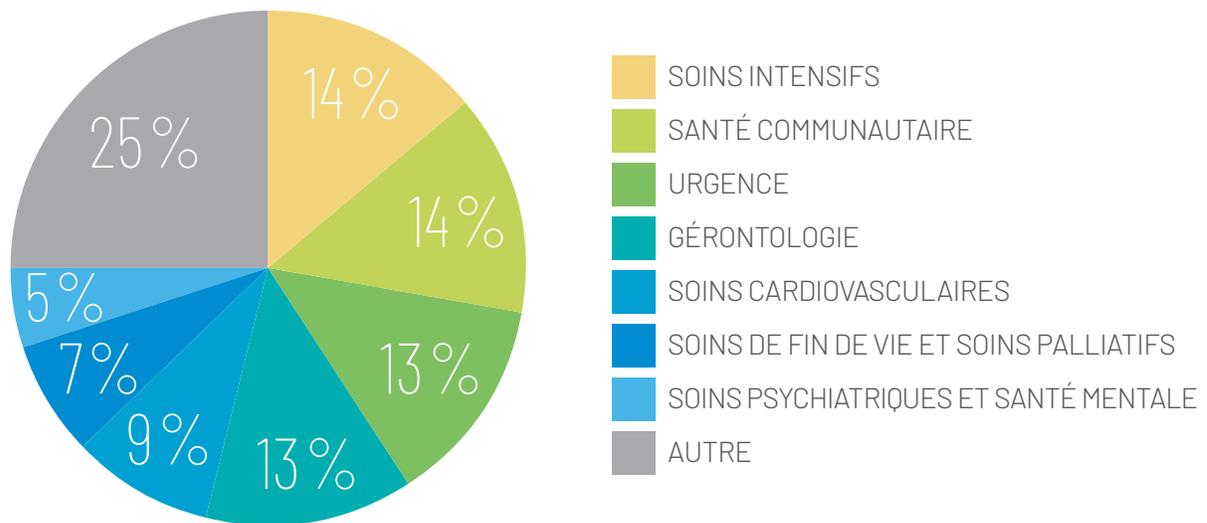
Syndicat des infirmières et des infirmiers de l'Île-du-Prince-Édouard

CONCLUSIONS DE L'ÉTUDE

- Disposer de meilleures occasions de formation professionnelle continue/perfectionnement professionnel est ressorti comme l'un des cinq facteurs les plus importants pour améliorer la rétention et le recrutement des IP.
 - Les occasions de perfectionnement professionnel ont été relevées comme étant l'une des trois sources d'insatisfaction au travail des IP occupant un poste dominant d'IP (47 %).
 - 62 % des IP sont insatisfaites du nombre de jours de formation rémunérés, et ces taux sont beaucoup plus élevés à l'Î.-P.-É. (82 %), en SK (82 %), au MB (76 %), dans les T.-N.-O. (75 %) et en AB (73 %). De plus, les taux d'insatisfaction enregistrés sont plus hauts chez les IP qui travaillent dans le secteur hospitalier (73 %) et celui des soins en établissement (64 %).
 - 27 % des IP ont déclaré que leurs dépenses en formation ne sont pas remboursées, et ces taux sont plus élevés à T.-N.-L. (58 %) et en AB (50 %).
 - 17 % des IP à l'échelle du Canada possèdent une certification spécialisée supplémentaire de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada qui dépasse leur niveau d'études d'IP de base. Ce niveau est plus élevé dans plusieurs provinces, notamment en AB (28 %), au QC (20 %), au N.-B. (23 %), en N.-É. (22 %) et dans les T.-N.-O.* (40 %).
- * La prudence est de rigueur étant donné le petit nombre de réponses reçues.

TITRE DE CERTIFICATION

Parmi les certifications spécialisées prédominantes qui renforcent l'expertise des IP, notons :



CONCLUSION CLÉ

- Les occasions de perfectionnement professionnel/formation continue constituent une cause notable de l'insatisfaction des IP au travail, et elles sont classées par ces dernières comme très importantes à la rétention et au recrutement.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSION

Au cours des années, les gouvernements, les employeurs et d'autres intervenants ont beaucoup investi dans le rôle des IP afin d'améliorer l'accès à des soins de qualité. Ce rôle deviendra encore plus essentiel à mesure que la population vieillit et que le taux de maladies chroniques augmente. La recherche sur l'impact du rôle des IP sur les patients, les organismes et le système de santé est sans équivoque et abondante. Les IP constituent une solution rentable à la prestation de soins de santé exhaustifs et de qualité supérieure dans une variété de milieux. Les données probantes recueillies par le biais de cette étude laissent à penser qu'il existe d'autres occasions pour améliorer la rétention et le recrutement des IP afin de développer encore davantage leur potentiel inexploité. En fonction de l'analyse thématique des conclusions de la présente étude, la FCSII recommande ce qui suit.



Greg Bennett/L'Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario

RECOMMANDATIONS: Remuneration

Au cours des années, les gouvernements, les employeurs et d'autres intervenants ont beaucoup investi dans le rôle des IP afin d'améliorer l'accès à des soins de qualité. Ce rôle deviendra encore plus essentiel à mesure que la population vieillit et que le taux de maladies chroniques augmente. La recherche sur l'impact du rôle des IP sur les patients, les organismes et le système de santé est sans équivoque et abondante. Les IP constituent une solution rentable à la prestation de soins de santé exhaustifs et de qualité supérieure dans une variété de milieux. Les données probantes recueillies par le biais de cette étude laissent à penser qu'il existe d'autres occasions pour améliorer la rétention et le recrutement des IP afin de développer encore davantage leur potentiel inexploité. En fonction de l'analyse thématique des conclusions de la présente étude, la FCSII recommande ce qui suit.

LA FCSII RECOMMANDE QUE D'ICI DEUX ANS, LES **GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX/TERRITORIAUX** :

- Coordonnent au sein de chaque province/territoire les revenus des IP dans tous les milieux de soins de santé pour sensiblement combler l'écart des salaires qui existe actuellement. Dans le but de déterminer ce qui constitue une rémunération appropriée, les gouvernements provinciaux/territoriaux doivent tenir compte de l'éducation formelle et de l'expérience des IP, de leur champ de pratique, de leurs responsabilités professionnelles ainsi que de leur niveau de responsabilisation en tant que fournisseurs de soins autonomes.

NOUS RECOMMANDONS ÉGALEMENT QUE LES **EMPLOYEURS** :

- Rehaussent les ensembles d'avantages sociaux des IP pour inclure les primes pour le travail sur appel (de réserve et rappel au travail), le mentorat et le préceptorat;
- Améliorent la durabilité des relations d'emploi en offrant/développant les pensions, les prestations de maladie (par exemple, soins dentaires, de la vue, paramédicaux, etc.), les vacances et d'autres congés pour les IP, du temps pour la recherche, le leadership et le perfectionnement professionnel ainsi que les indemnités pour la CSPAAT, les fautes professionnelles et les coûts associés à la responsabilité civile;
- Favorisent l'accès à du financement pour le perfectionnement professionnel et des occasions novatrices et réactives pour la formation continue (surtout en milieu rural/éloigné/isolé et dans les communautés autochtones). Qu'ils fournissent l'accès à des occasions éducatives novatrices par vidéo/voie numérique pour assurer la formation permanente, peu importe où habitent et travaillent les IP.

RECOMMANDATIONS: Modèles de financement

Il est évident que les gouvernements, les employeurs, les syndicats d'infirmières et d'infirmiers, et les associations d'IP doivent se pencher sur de meilleurs modèles de financement qui reconnaissent et appuient le rôle autonome des IP, si les populations doivent être mieux servis par la gamme complète des soins offerts par les IP dans tous les milieux. Il a été déterminé que les mécanismes de financement constituaient des obstacles à l'utilisation des IP à travers le Canada. Les IP sont actuellement mal répartis par milieux, emplacements géographiques et spécialités (pour répondre aux besoins de populations précises, par exemple, les personnes âgées) en partie parce que les modèles de financement manquent de flexibilité pour soutenir leur utilisation.

Une stratégie novatrice de ressources humaines en santé permettrait de développer les postes d'IP de manière équitable à travers tous les milieux afin d'utiliser les compétences uniques des IP pour aborder les besoins croissants en soins de santé de toutes les personnes habitant au Canada. Cette stratégie aiderait à améliorer l'accès et réduire le temps d'attente pour le bien des patients et des fournisseurs tout comme du système de santé.

À CE TITRE, D'ICI L'ANNÉE PROCHAINE (2018-2019), LA FCSII RECOMMANDE QUE LES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL/PROVINCIAUX/TERRITORIAUX :

- Adoptent/mettent en œuvre des modèles de financement durables afin de refléter les besoins en santé de la population, appuient la collaboration interprofessionnelle, permettent à tous les fournisseurs d'exercer leur champ de pratique optimal, et fassent participer les IP dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de leur rôle;
- Adoptent un mécanisme – incluant les gouvernements, les employeurs, les syndicats, les associations et les IP – pour surmonter les obstacles à la pratique des IP, y compris, mais sans s'y limiter, en établissant un moyen d'entrer en contact avec les IP pour connaître les défis actuels auxquels les IP font face au sein de leur pratique, et en offrant des suggestions pour apporter des changements positifs ainsi que des idées pour planifier les innovations futures;
- Développent ou créent des cliniques dirigées par des IP.

RECOMMANDATIONS: Planification des ressources humaines en santé

La mise en œuvre d'un plan exhaustif de ressources humaines en santé afin d'optimiser l'utilisation des IP pour combler les besoins des différentes communautés, populations et disparités géographiques du Canada nécessitera de nombreux éléments importants. Les initiatives suivantes pourraient aider à accroître l'accès aux soins de santé pour les communautés mal desservies et favoriser l'utilisation optimale des IP au Canada.

LA FCSII RECOMMANDE QUE LES GOUVERNEMENTS FÉDÉRAL/PROVINCIAUX/TERRITORIAUX :

- Financent des postes permanents pour les IP dans une variété de milieux afin d'améliorer l'accès à des soins de santé holistiques de qualité supérieure pour combler les besoins en santé des populations mal desservies;
- Offrent du financement ciblé pour offrir aux IP une prime d'éloignement/de logement pour celles en milieu rural/éloigné/isolé et dans les communautés autochtones;
- Travaillent auprès des communautés autochtones afin de développer et de recruter des IP provenant des communautés autochtones et qui y travailleront;
- Travaillent avec les écoles de soins infirmiers pour élaborer et offrir des mesures incitatives pour appuyer des programmes qui préparent les IP à travailler aux emplacements géographiques pour lesquels il est difficile de recruter (comme les milieux ruraux/éloignés/isolés);
- Modifient les lois/règlements fédéraux/provinciaux/territoriaux et les politiques des employeurs, en collaboration avec les IP, pour permettre à ces derniers de travailler à leur portée optimale afin de mieux servir les patients;
- Mettent en œuvre des cadres de qualité (par exemple, un processus participatif, fondé sur des données probantes et axé sur les patients pour les infirmières en pratique avancée (PEPPA)) afin de mieux intégrer les IP dans le système de soins de santé.

RECOMMANDATION POUR LES SYNDICATS :

- Dans une situation de travail en environnement syndiqué, s'assurer qu'il existe pour les IP des occasions pour fournir des contributions aux négociations collectives, du soutien pour les programmes permanents de rétention et de recrutement, etc.

CONCLUSION



Greg Bennett/L'Association des infirmières et des infirmiers de l'Ontario

Le gouvernement fédéral ayant investi près de 9 millions de dollars dans l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens de 2004 à 2006, de nombreuses demandes ont été formulées au cours des années qui ont suivi pour l'intégration des IP comme solution aux problèmes permanents d'accès et de temps d'attente du Canada. Ces problèmes se sont poursuivis au cours de la dernière décennie, et ils continuent de dominer l'ordre du jour national et d'être la priorité des Canadiens lorsqu'ils parlent des soins de santé. Avec l'accroissement de notre population de personnes âgées, des taux croissants de maladies chroniques, une demande accrue pour des services en santé mentale, une population mal desservie de personnes autochtones et des établissements de soins actifs surpeuplés, il est urgent de passer à l'action pour intégrer complètement les IP dans notre système de soin de santé. Les IP représentent un important retour sur investissement positif. Nous espérons que ce rapport servira de catalyseur pour entraîner des changements afin que les gouvernements provinciaux/territoriaux développent le potentiel inexploité des IP pour le système de santé du Canada.

SOURCES

- ¹ Martin-Misener, R. et al. (2015a). Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialized ambulatory care: systematic review. *BMJ Open*, 5. doi:10.1136/bmjopen-2014-007167.
- ² Maier, C., Aiken, L., & Busse, R. (2017). Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, 98. doi.org/10.1787/a8756593-en.
- ³ Hurlock-Chorostecki, C. & McCallum, J. (2016). Nurse practitioner role, values in hospital; new strategies for hospital leaders. *Nursing Leadership*, 29(3), p.82-92.
- ⁴ Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). (2016a). *Énoncé de position sur l'infirmière praticienne*. Tiré de : https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/enonce-de-position-sur-linfirmiere-praticienne_2016.pdf?la=fr
- ⁵ Donald, F., et al. (2015). Hospital to community transitional care by nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *International Journal of Nursing Studies*, 52, 436-451.
- ⁶ Martin-Misener, R., et coll. (2015a).
- ⁷ AIIC. (2016a).
- ⁸ DiCenso, A., & Bryant-Lukosius, D. (2010, June). *Infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes au Canada : Synthèse d'aide à la décision*. Fondation canadienne pour l'amélioration de services de santé. Tiré de : <https://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/10-06-01/b9cb9576-6140-4954-aa57-2b81c1350936.aspx>
- ⁹ Russell, G. M., Dahrouge, S., et al. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors. *Annals of Family Medicine*, 7(4), 309-318.
- ¹⁰ Donald, F., Martin-Misener, R., et al. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69, 2148-2161.
- ¹¹ Maier, C., Aiken, L. & Busse, R. (2017).
- ¹² Martin-Misener, R. et coll. (2015a).
- ¹³ College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2016). *Nurse practitioner-sensitive outcomes: 2016 summary report*. Tiré de : <https://crnns.ca/wp-content/uploads/2016/04/Nurse-Practitioner-Sensitive-Outcomes-Summary-Report-one-pager.pdf>
- ¹⁴ Nanos, N. (2016). Opinions des Canadiens sur les soins de santé offerts à domicile et les infirmières et infirmiers. *Séries de sondage Nanos 2016-854*. Résumé de recherche de l'AIIC. Tiré de : <https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-en/canadiens-opinions-on-home-health-care-and-nurses.pdf?la=en&hash=07988EBAFB94277D-4C48030B38C8FABEC10EE80A>.
- ¹⁵ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2018). *Le personnel infirmier réglementé, 2017*. Tableau de données 26 - Effectifs en IP.
- ¹⁶ Maier, C., Aiken, L. and Busse, R. (2017).
- ¹⁷ American Association of NPs. . Fiche de renseignements sur les IP. Tiré de : <https://www.aanp.org/all-about-nps/np-fact-sheet>. Calculs basés sur une population totale de 326 000 000 (recensement des É.-U.).
- ¹⁸ Selon les données de Statistiques Canada. Tableau de données 051-0005 pour les utilisateurs de CANSIM. Tiré de : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901&request_locale=fr et les données sur les effectifs en IP de 2017 de l'Institut canadien d'information sur la santé.
- ¹⁹ Inclut les cliniques/centres de santé communautaire, les cliniques de soins primaires/familiaux, les cliniques de soins d'urgence, les bureaux privés de médecins, les agences de soins à domicile, les service/bureaux de santé publique, les centres de santé mentale, les stations d'avant-postes/de soins infirmiers, les cliniques mobiles, les cliniques dirigées par des IP, les cliniques au détail
- ²⁰ Inclut tous les types d'hôpitaux : généraux, mère-enfant, pédiatriques, centres anticancéreux, pour la santé mentale, de réhabilitation, en établissement correctionnel, etc.
- ²¹ Inclut les établissements de soins de longue durée, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres de soins palliatifs, les centres de vie avec services de soutien
- ²² Inclut les programmes d'enseignement universitaires et collégiaux, la santé sur le lieu de travail/des employés, les services de santé scolaires/collégiaux/universitaires, les services militaires, les associations, les gouvernements, les travailleurs autonomes
- ²³ Maier, C., Aiken, L. & Busse, R. (2017).
- ²⁴ MacLeod, M., Stewart, N. et coll. (août 2017). Nurse Practitioner National Survey Fact Sheet: Nursing Practice in Rural and Remote Canada. Nursing Practice in Rural and Remote Canada II. RRN2-04-03. Tiré de : <https://www.unbc.ca/sites/default/files/sections/rural-nursing/en/rnriinpfinalfact-sheetupdated20180202.pdf>.
- ²⁵ Rhodes, C., Bechtle, M., and McNett, M. (2015). An Incentive Pay Plan for Advanced Practice Registered Nurses: Impact on Provider and Organizational Outcomes. *Nursing Economics*, 33(3), 227 - 230.
- ²⁶ Roberge, C. (2009). Who Stays in Rural Nursing Practice? An International Review of the Literature on Factors Influencing Rural Nurse Retention. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 9(1), 82-93.
- ²⁷ Steinke, M., Rogers, M., Lehwaldt, D., & Lamarche, K. (2017). An Examination of Advanced Practice Nurses' Job Satisfaction Internationally. *International Nursing Review*, 65(2), 162-172.
- ²⁸ Association of Family Health Teams of Ontario, Association of Ontario Health Centres & Nurse Practitioner's Association of Ontario. (janv. 2014). *Toward a Primary Care Recruitment and Retention Strategy for Ontario*. Tiré de : <http://www.afhto.ca/wp-content/uploads/Toward-a-Primary-Care-Recruitment-and-Retention-Strategy-January-2014.pdf>.
- ²⁹ Roberge, C. (2009).
- ³⁰ DiCenso, A., & Bryant-Lukosius, D. (juin 2010).
- ³¹ Martin-Misener, R. et coll. (2015b). Benchmarking for Nurse Practitioner Panel Size and Comparative Analysis of Nurse Practitioner Pay Scales: Update of a Scoping Review. *Rapport du ministère de la Santé et des Soins de longue durée*. Tiré de : https://fhs.mcmaster.ca/ccapnr/documents/np_panel_size_study_updated_scoping_review_report.

- pdf.https://fhs.mcmaster.ca/ccapnr/documents/np_pan-el_size_study_updated_scoping_review_report.pdf.
- 32 Ibid.
- 33 Silversides, A. & Laupacis, A. (5 juillet 2012). Lower pay hampers nurse practitioner recruitment in primary care. *Healthydebates*. Tiré de : <http://healthydebate.ca/2012/07/topic/community-long-term-care/nurse-practitioners>.
- 34 Association of Family Health Teams of Ontario, *et coll.* (janv. 2014).
- 35 Doetzel, C., Rankin, J., & Then, K. (2016). Nurse Practitioners in the Emergency Department: Barriers and Facilitators for Role Implementation. *Advance Emergency Nursing Journal*, 38(1). 43-55.
- 36 Silversides, A. & Laupacis, A. (5 juillet 2012).
- 37 Martin-Misener, R., *et coll.* (2015b).
- 38 Ibid
- 39 Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. (2017). Aperçu des principales dispositions contractuelles en soins infirmiers. Tiré de : https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/11/2017-11-08-Contract-comparison_for-web.pdf.
- 40 DiCenso, A., & Bryant-Lukosius, D. (juin 2010).
- 41 Prodan-Bhalla, N. & Scott, L. (2016). Primary Care Transformation in British Columbia: A New Model to Integrate Nurse Practitioners. *BCNPA Report*. Tiré de : https://bcnpa.org/wp-content/uploads/BCNPA_PHC_Model_FINAL_November-2-2016.pdf.
- 42 Fraser, E. (2017). *Province doesn't let Nurse Practitioners fill health care gaps, group says*. *CBC News*. Tiré de : <http://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/nurse-practitioners-doctors-1.4404747>.
- 43 Hamilton, S. and Rickards, T. (2017, Nov) UNB researchers release first-ever study of nurse practitioners in the province. *Université du Nouveau-Brunswick*. Tiré de : <https://blogs.unb.ca/newsroom/2017/11/16/unb-researchers-release-first-ever-study-of-nurse-practitioners-in-the-province/>.
- 44 Wong, S., and Farrally, V. (2013). The Utilization of Nurse Practitioners and Physician Assistants: A Research Synthesis. *Michael Smith Foundation for Health Research et Nursing Research Advisory Council Report*. Tiré de : https://www.msfr.org/sites/default/files/Utilization_of_Nurse_Practitioners_and_Physician_Assistants.pdf.
- 45 AIIC. (2016b). *L'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens : Analyse rétrospective décennale*. Tiré de : <https://www.cna-aiic.ca/fr/pratique-soins-infirmiers/la-pratique-des-soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee/infirmieres-et-infirmiers-praticiens/~media/e00fd1b7f0df4c128c022140e7935b10.ashx>
- 46 AIIC. (2016a).
- 47 Heale, R., & Pilon, R. (2012) An exploration of patient satisfaction in a nurse practitioner-led clinic. *Nursing Leadership*, 25(3). 43-55.
- 48 O-Rourke, T., & Smith Higuchi, K. (2016). Activities and attributes of nurse practitioner leaders: Lessons from a primary care system change. *Nursing Leadership*, 29(3). 46-60.
- 49 Hunter, K.F., Murphy R.S., Babb, M., & Vallee, C. (2016). Benefits and Challenges Faced by a Nurse Practitioner Working in an Interprofessional Setting in Rural Alberta. *Nursing Leadership*, 29(3). 61-71.
- 50 Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R. & Burge, F. (2013). A Case Study of Nurse Practitioner Role Implementation in Primary Care: What Happens When New Roles are Introduced? *BMC Nursing*, 12(1).
- 51 Maier, C., L. Aiken & R. Busse. (2017).
- 52 Kleinpell, R., *et coll.* (31 mai 2014). Addressing Issues Impacting Advanced Nursing Practice Worldwide. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(2).
- 53 Syndicat des infirmières et infirmiers du Manitoba. (2016). *Nurse Practitioner Jurisdictional Scan* (non publié).
- 54 Spence, L., Agnew, T., & Fahey-Walsh, J. (2015). A pan-Canadian environmental scan of the scope of practice of nurse practitioners. *Nurse Practitioner Association of Ontario*. Tiré de : http://npao.org/pdf/A_Pan-Canadian_Environmental_Scan_of_NPs_2015.pdf.
- 55 Wong, S., & Farrally, V. (2013).
- 56 Heale, R., & Pilon, R. (2012).
- 57 O-Rourke, T. & Smith Higuchi, K. (2016).
- 58 Hurlock-Chorostecki, C., & McCallum, J. (2016).
- 59 Roberge, C. (2009).
- 60 MacLeod, M., Stewart, N., *et coll.* (août 2017).
- 61 Hurlock-Chorostecki, C., & McCallum, J. (2016).
- 62 Wranik, D. *et coll.* (2015). How Best to Pay Interdisciplinary Primary Care Teams. Rapport pour les *Instituts de recherche en santé du Canada et la Fondation de la recherche en santé de la Nouvelle-Écosse*. Tiré de : <http://primaryhealthcareteams.ca/wp-content/uploads/2013/10/HRPA-Final-Report.pdf>.
- 63 Labrosse, S. (2016). *Nurse Practitioners: Improving Access to Primary Care on Prince Edward Island*. Université de l'Île-du-Prince-Édouard. Projet phare. Tiré de : <https://www.islandscholar.ca/islandora/object/ir:20220>.
- 64 Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R. & Burge, F. (2013).
- 65 Steinke, M., Rogers, M., Lehwaldt, D., & Lamarche, K. (2017).
- 66 deGuzman, A., Ciliska, D., & DiCenso, A. (juillet/août 2010). Nurse Practitioner Role Implementation in Ontario Public Health Units. *Canadian Journal of Public Health*, 101(4). 82-88.
- 67 Hurlock-Chorostecki, C., & McCallum, J. (2016).
- 68 Association des centres de santé de l'Ontario. *Les centres de santé communautaire*. Tiré de : <https://www.aohc.org/fr/les-centres-de-santé-communautaire>.
- 69 Hutchison, B. & Glazier R. (2013). Ontario's primary care reforms have transformed the local care landscape, but a plan is needed for ongoing improvement. *Health Affairs*, 32(4). 695-703.
- 70 Russell, G., *et coll.* (2010). Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Family Practice*. 27(5). 535-541. doi:10.1093/fampra/cm037
- 71 Russell, G., *et coll.* (2010). Managing Chronic Disease in Ontario Primary Care: The Impact of Organizational Factors. *Annals of Family Medicine* 7(4). 309-318. <http://doi.org/10.1370/afm.982>.
- 72 Glazier, R., Zagorski, B., & Rayner, J. (2012) Comparison of Primary Care Models in Ontario by Demographics, Case Mix and Emergency Department Use, 2008/09 to 2009/10. *Institut de recherche en services de santé*
- 73 Heale, R. & Pilon, R. (2012).
- 74 DiCenso, A., Martin-Misener, R., *et coll.* (déc. 2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to

- primary health care in Canada—thinking outside the box. *Nursing Leadership*, 23. 239-259.
- ⁷⁵ Hansen, K., McDonald, C., et coll. (2017). Formative evaluation of a nurse practitioner-led interprofessional geriatric outpatient clinic. *Journal of Interprofessional Care*, 31(4). 546-549.
- ⁷⁶ Starke, R. et coll. (mars 2015). Rural Health Services Review Final Report: Understand the Concerns and Challenges of Albertans who Live in Rural and Remote Communities. Rapport du gouvernement de l'Alberta. Tiré de : <https://open.alberta.ca/publications/7030219>.
- ⁷⁷ Mable, A., Marriott, J. & Marriott-Mable, E. (janvier 2012). Politiques canadiennes de soins de santé primaires : L'évolution de la réforme. *Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé*. Tiré de : <https://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/MariottMable-Jan2012-F.pdf?sfvrsn=0>.
- ⁷⁸ Jiwani, I., & Fleury, M. (2011). Divergent modes of integration: the Canadian way. *International Journal of Integrated Care*, 11. 1-11.
- ⁷⁹ Prodan-Bhalla, N., & Scott, L. (2016).
- ⁸⁰ Villegas, W., & Allen, P. (2012). Barriers to advanced practice registered nurse scope of practice: Issue analysis. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 43(9). 403-9.
- ⁸¹ Cohen, M. (2014). How Can We Create a Cost-Effective System of Primary and Community Care Built Around Interdisciplinary Teams? *Centre canadien de politiques alternatives*. Tiré de : <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/ccpa-bc-submission-select-standing-committee-health>.
- ⁸² Nelson, S., Turnbull J., Bainbridge, L., Caulfield, T., Hudon, G., D. Kendel, et al. (2014). Optimizing Scopes of Practice: New Models for a New Health Care System. *Académie canadienne des sciences de la santé*. p. 8. Tiré de : http://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2015/07/Optimizing-Scopes-of-Practice_REPORT-English.pdf. p.8.
- ⁸³ deGuzman, A., Ciliska, D., & DiCenso, A. (juillet/août 2010).
- ⁸⁴ Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R. & Burge, F. (2013).
- ⁸⁵ Doetzel, C., Rankin, J., & Then, K. (2016).
- ⁸⁶ Starke, R., et coll. (2015, March).
- ⁸⁷ Dahrouge, S., Hogg, W., Russell, G., Tuna, M., Geneau, R., Muldoon, L. et coll. (2011). Impact of remuneration and organizational factors on completing preventative manoeuvres in primary care practice. *CMAJ*, 184(2).
- ⁸⁸ Steinke, M., Rogers, M., Lehwaldt, D., & Lamarche, K. (2017).
- ⁸⁹ Fraser, E. (2017).
- ⁹⁰ Hamilton, S. & Rickards, T. (nov. 2017).
- ⁹¹ Doetzel, C., Rankin, J., & Then, K. (2016).
- ⁹² Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R. & Burge, F. (2013).
- ⁹³ Steinke, M., Rogers, M., Lehwaldt, D., & Lamarche, K. (2017).
- ⁹⁴ Bakerjian, D. (2008). Care of nursing home residents by advanced practice nurses: A review of the literature. *Research in Gerontological Nursing*, 1(3). 177-185.
- ⁹⁵ UnitedHealth Group (2009). Federal Health Care Cost Containment: How in Practice Can It Be done? Options With a Real World Track Record of Success. *Document de travail 1*. Tiré de : <http://www.unitedhealthgroup.com/~media/UHG/PDF/2009/UNH-Working-Paper-1.ashx?la=en>.
- ⁹⁶ Martin-Misener, R. et coll. (2015a).
- ⁹⁷ Gafni, A., Birch, S., & Buckley, G. (2011). Economic analysis of physician assistants in Ontario: Literature review and feasibility study. *Centre for Health Economics and Policy Analysis*. Série de documents de travail 11-03.
- ⁹⁸ Hooker, R. S., Klocko, D. J., & Larkin, G. L. (2011). Physician assistants in emergency medicine: The impact of their role. *Academic Emergency Medicine*, 18(1). 72-77.
- ⁹⁹ Wong, S., & Farrally, V. (2013).
- ¹⁰⁰ Ducatel, S. (2017). Funding Model Needed for Nurse Practitioners. *Sundre Round Up. Great West Digital*. Tirée de : <https://www.sundreroundup.ca/article/funding-model-needed-for-nurse-practitioners-20171107>.
- ¹⁰¹ Sondage des conseillères principales en soins infirmiers (non publié)
- ¹⁰² Wranik, D., Korchagina, M., Edwards, J., Bower, I., Levy, A., & Katz, A. (2015).
- ¹⁰³ Doetzel, C., Rankin, J., & Then, K. (2016). p.8.
- ¹⁰⁴ Fraser, E. (2017).
- ¹⁰⁵ Association of Family Health Teams of Ontario, et coll. (janv. 2014)
- ¹⁰⁶ Kleinpell, R., et coll. (31 mai 2014)
- ¹⁰⁷ Sondage des conseillères principales en soins infirmiers (non publié)
- ¹⁰⁸ Wranik, D., Korchagina, M., Edwards, J., Bower, I., Levy, A., & Katz, A. (2015).
- ¹⁰⁹ Cohen, M. (2014).
- ¹¹⁰ Doetzel, C., Rankin, J., & Then, K. (2016).
- ¹¹¹ Wong, S., & Farrally, V. (2013).
- ¹¹² Fraser, E. (2017).
- ¹¹³ Labrosse, S. (2016).
- ¹¹⁴ Rhodes, C., Bechtel, M. & McNett, M. (2015).
- ¹¹⁵ Cohen, M. (2014).
- ¹¹⁶ Maier, C., Aiken, L., & Busse, R. (2017). p.34.
- ¹¹⁷ DiCenso, A., & Bryant-Lukosius, D. (juin 2010).
- ¹¹⁸ Ibid. p.31.
- ¹¹⁹ Ibid. p.25.
- ¹²⁰ Ibid.
- ¹²¹ Roberge, C. (2009).
- ¹²² Harbman, P., et coll. (avril 2017). Partners in research: building academic-practice partnerships to educate and mentor advanced practice nurses. *Journal of Evaluation in Clinical Practical*, 23(2). 382-390.
- ¹²³ Bryant-Lukosius, D. (2015). Mentorship: A navigation strategy for promoting oncology nurse engagement in research. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 23(3). 1-4.
- ¹²⁴ Wong, S., & Farrally, V. (2013).
- ¹²⁵ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2016b).
- ¹²⁶ Organismes membres de la FCSII. (2018). Analyse environnementale (non publié)
- ¹²⁷ Little, L. (2018). Analyse environnementale (non publié)
- ¹²⁸ Little, L. (2018). Analyse environnementale (non publié)

CFNU REMERCIEMENTS

Un gros merci à Lisa Little Consulting qui a été mandaté par la FCSII pour entreprendre cette recherche, à notre Comité consultatif pancanadien (Mark Aylward, IP, T.-N.-L.; Laurie Thomas, IP, Î.-P.-É.; Duana D'Entremont, IP, N.-É.; Matt Hiltz, directeur général, SIINB, N.-B.; Beverly Mathers, directrice principale, Relations de travail, AIIO, ON; Lisa Ladouceur, IP, ON; Mikaela Brooks, chercheuse, MNU, MB; Barb Beurivage, IP, SK; Eric Lavoie et Rosa Reyes, IP, AB; Raleen Murphy et Lenora Brace, IP, CCNP, Canada) et les organismes membres de la FCSII, sans qui ce travail aurait été impossible. Les conseillères principales en soins infirmiers et l'Institut canadien d'information sur la santé ont également contribué à ce rapport grâce à de précieuses données. Enfin, aux 1 160 IP d'à travers le Canada, qui ont pris le temps de remplir le Sondage pancanadien de la FCSII, nous vous remercions de nous avoir fait part de vos rétroactions. Merci aussi à Carol Reichert, spécialiste en politiques et recherche de la FCSII.

REMARQUE DE LA CHERCHEUSE LISA LITTLE, IA, B. SC. INF., M. SC. S.

Je tiens à remercier la FCSII de nous avoir permis encore une fois d'examiner la rétention et le recrutement chez les IP. Mon premier contact avec ce segment du personnel de santé s'est produit alors que j'étais gestionnaire des RHS pour l'initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens en 2004. Bien qu'un progrès considérable ait été enregistré dans certains aspects du rôle, plusieurs des obstacles aux politiques soulevés il y a plus d'une décennie continuent d'entraver le véritable potentiel des IP. Il existe de nombreuses occasions pour exploiter pleinement ce rôle et répondre aux besoins en soins de santé des Canadiens. Le sondage pancanadien sur les IP est une composante unique de cette étude et permet d'obtenir un aperçu sur l'environnement de travail actuel et les différents facteurs qui influencent le niveau de satisfaction au travail des IP et leur déploiement efficace. Les contraintes de temps relativement à cette étude n'ont pas permis une analyse approfondie de toutes les variables du sondage. L'ensemble des données robustes et riches continuera de faire l'objet d'une analyse. Les intervenants, notamment les responsables des politiques, décideurs, associations, chercheurs et autres personnes intéressées à certaines données particulières peuvent soumettre leur demande à lisa@litalittleconsulting.ca.



LE PROJET PANCANADIEN DE LA FCSII POUR LA RÉTENTION ET LE RECRUTEMENT DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS PRATICIENS | 2017-2018

Le Projet pancanadien de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers pour la rétention et le recrutement des infirmières et les infirmiers praticiens (IP) vise à améliorer les conditions de travail des IP afin de les retenir et de les attirer, en plus de développer leurs postes à travers le système de santé. Environ trois millions de Canadiens obtiennent des soins des IP, mais leur nombre n'est pas suffisant pour combler les besoins croissants de la population vieillissante. Le Projet pancanadien de la FCSII pour la rétention et le recrutement des IP s'est déroulé entre novembre 2017 et juin 2018 afin d'aider à élaborer des recommandations pour le développement des IP au sein de notre système de santé dans le but d'améliorer l'accès en temps opportun aux soins de santé pour toutes les personnes habitant au Canada. Le projet incluait un sondage pancanadien bilingue en ligne, qui a récolté des réponses provenant de toutes les provinces et de tous les territoires, à l'exception du Yukon, des sondages par courriel sollicitant de l'information précise des conseillères principales en soins infirmiers et des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, une analyse des données des documents annuels de comparaison des contrats de la FCSII, l'accès par géocartographie aux fournisseurs de soins primaires de l'ICIS/de la FCSII, et une revue exhaustive de la littérature (littérature grise et révisée par des pairs sur une période de cinq ans), accompagnée d'une analyse thématique des données et des recommandations faites en fonction des conclusions du projet. Un Comité consultatif, composé d'IP de partout au Canada, a travaillé en collaboration avec la FCSII pour élaborer ce rapport.

Le 29 juin 2018, le rapport intégral a été présenté aux ministres de la Santé du Canada lors de leur réunion annuelle qui s'est tenue à Winnipeg, au Manitoba.

Publié par:

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
www.fcsii.ca
2841, promenade Riverside
Ottawa, Ontario K1V 8X7

ISBN: 978-1-7753845-1-9

© 2018 Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Référence pour ce rapport :

Tous droits réservés. Aucune partie de cet ouvrage ne peut pas être reproduite ou transmise par quelque procédé que ce soit, tant électronique que mécanique, en particulier par photocopie, enregistrement ou par tout système de recherché ou d'entreposage documentaire sans l'autorisation de l'éditeur.

Little, L., & Reichert, C. (2018). *Développer le potentiel inexploité des infirmières et des infirmiers praticiens au sein du système de santé du Canada : Conclusions de l'étude pancanadienne de la FCSII sur la rétention et le recrutement des infirmières et des infirmiers praticiens*. Ottawa: FCSII.

Imprimé au Canada par Imprimerie Plantagenet Printing

LE PROJET DE RÉTENTION ET DE RECRUTEMENT DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS PRATICIENS DE LA FCSII 2017-2018

MEMBRES DE L'ÉQUIPE DU PROJET

CHERCHEUSE	Lisa Little Consulting
CHEF DE PROJET DE LA FCSII	Carol Reichert
COMITÉ CONSULTATIF	Mark Aylward (T.-N.-L.) Barb Beurivage (Sask.) Mikaela Brooks (Man.) Duana D'Entremont (N.-É.) Matt Hiltz (N.-B.) Lisa Ladouceur (Ont.) Rosa Reyes et Eric Lavoie (Alb.) Beverly Mathers (Ont.) Lenora Brace et Raleen Murphy (AIIPC) Laurie Thomas (Î.-P.-É.)
ÉQUIPE DE COMMUNICATION	Lauren Snowball Oxana Genina Glenn Crawford (Jack of All Trades Design)
TRADUIT PAR	Jocelyne Demers-Owoka

FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS



LA FÉDÉRATION CANADIENNE
DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS

fcsii.ca

ORGANISATIONS MEMBRES DE LA FCSII

