



# RAISONS POUR LESQUELLES L'ONTARIO A BESOIN DE NIVEAUX DE DOTATION EN PERSONNEL INFIRMIER SÉCURITAIRES

*« Je me sens anxieuse et coupable à l'effet  
que j'aurais dû en faire plus, mais je ne peux pas.  
Je ne peux tout simplement pas en faire plus. »*

*Ratios infirmier(ère)-patient(e)s : ça sauve des vies  
et ça remonte le moral des infirmier(ère)s*

Rapport préparé par James T. Brophy, Ph.  
D., et Margaret M. Keith, Ph. D.  
**2025**

O C H U

ONTARIO COUNCIL OF HOSPITAL UNIONS

**CUPE**





# TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ .....	1
INTRODUCTION.....	2
RECHERCHE.....	2
Sources des données .....	3
CONCLUSIONS.....	3
1) Les précédents : À quel endroit des niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires ou des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums ont-ils été mis en œuvre? .....	3
Juridictions avec des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums.....	4
La Californie .....	4
L'Australie.....	5
La Colombie-Britannique .....	5
L'Oregon .....	7
Juridictions ayant d'autres niveaux de dotation en personnel infirmier minimums.....	8
La Nouvelle-Écosse.....	8
Le Manitoba .....	8
2) La preuve : Quelles sont les conséquences documentées des niveaux de dotation en personnel infirmier? .....	9
a) En quoi les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent-ils le bien-être des infirmier(ère)s? .....	9
Charge de travail et longues heures de travail.....	12
Détresse et préjudice moraux .....	13
Violence .....	15
Insatisfaction au travail.....	17
Préjudices physiques et maladies.....	17
Attrition du personnel.....	18
Conséquences de la pandémie de la COVID-19 .....	21
b) En quoi les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent-ils le bien-être des patient(e)s?.....	22
Taux de mortalité chez les patient(e)s .....	23
Erreurs médicales et infections nosocomiales .....	24
Réadmissions.....	25
c) En quoi les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent-ils le système de santé? .....	26
3) L'état du système de santé : Pour quelles raisons l'Ontario a-t-il besoin de niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires? .....	27
Les soins de santé de l'Ontario sont en manque de ressources .....	28
Dotation en personnel et lits .....	28
Temps d'attente.....	29
Privatisation .....	30
DISCUSSION .....	33
La voie à suivre.....	40
CONCLUSION.....	41
RESSOURCES .....	42
AUTEURS .....	43
REMERCIEMENTS .....	43
RÉFÉRENCES .....	44

# « L'IDÉE DE RENTRER AU TRAVAIL M'ANGOISSE. »

**Raisons pour lesquelles l'Ontario a besoin de niveaux de dotation en personnel infirmier sécuritaires**



Rapport préparé par James T. Brophy, Ph. D., et Margaret M. Keith, Ph. D.



# Résumé

*« La population doit savoir que sans de meilleures conditions de travail et plus de personnel infirmier, jamais le système ne se rétablira. » – Une personne membre du personnel infirmier en oncologie*

## L'Ontario a besoin de plus infirmier(ère)s

Il y a une pénurie bien documentée d'infirmier(ère)s, de préposé(e)s aux services de soutien à la personne (PSSP), de médecins de famille et d'autres membres du personnel des soins de santé dans le système de santé de l'Ontario, ainsi que dans de nombreuses juridictions partout dans le monde. Un sous-financement chronique de la part des gouvernements et la priorisation d'économies budgétaires par des administrations des soins de santé sont principalement à blâmer.

Cette recherche a été entreprise au nom du Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario-Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO-SCFP). Elle se concentre principalement sur la pénurie de personnel infirmier; elle explore la question du manque de personnel et les lourdes charges de travail qui y sont associées, ainsi que leurs conséquences sur les infirmier(ère)s en Ontario, leurs patient(e)s et le système de santé en général; elle se concentre particulièrement sur les avantages pour le personnel et les patient(e)s d'une mise en œuvre de niveaux de dotation en personnel infirmier minimums, comme des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums obligatoires. Les données sur lesquelles les conclusions sont fondées incluent une recherche publiée et des entrevues avec des infirmier(ère)s de l'Ontario.

La recherche montre que des pénuries de personnel infirmier de plus en plus importantes ont entraîné des charges de travail accrues, des conséquences néfastes pour les patient(e)s et une perte de confiance de la part de la population. Ces pénuries ont également des conséquences négatives importantes sur le personnel, dont un sentiment de plus en plus profond de préjudice moral, la dépression, l'anxiété, le désespoir et l'augmentation du harcèlement et de la violence au travail, ainsi que des conséquences sur l'attrition.

Il existe des éléments solides prouvant, particulièrement de juridictions comme la Californie et l'Australie où il y a des politiques de dotation en personnel infirmier sécuritaires obligatoires établies depuis longtemps, qu'ils entraînent des résultats positifs. Il a été prouvé qu'ils : améliorent la satisfaction au travail; diminuent les risques de maladies professionnelles et d'accidents de travail; diminuent le stress et l'épuisement professionnel; diminuent l'attrition du personnel infirmier, atténuant ainsi les pénuries de personnel; diminuent les taux de mortalité chez les patient(e)s; diminuent le séjour des patient(e)s; diminuent la possibilité de réadmission des patient(e)s à l'hôpital; diminuent les erreurs médicales; diminuent les infections nosocomiales; améliorent la satisfaction des patient(e)s; et assurent des économies pour le système de santé. Il est important de mentionner que des niveaux de dotation en personnel sécuritaires qui réglementent l'effectif de professionnel(le)s autorisés, tant les infirmier(ère)s autorisés (IA) que les infirmier(ère)s auxiliaires autorisés (IAA) ou des professions équivalentes, sont des normes minimales, autrement dit, la base de référence absolue. Ces niveaux doivent être flexibles pour répondre à des événements particuliers comme des éclosions, une acuité accrue ou les besoins de la population locale. Des exceptions doivent être déterminées par un comité de direction ou un organisme similaire qui comprend des infirmier(ère)s à titre de participant(e)s à parts égales.

Il existe des preuves évidentes qu'un plus grand nombre d'infirmier(ère)s et de meilleures conditions de travail sont grandement nécessaires, deux choses qui améliorent les résultats pour les patient(e)s et assurent le mieux-être du système de santé. Il est donc recommandé que les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums soient rendus obligatoires en Ontario, comme en Colombie-Britannique, ou qu'un modèle soit adopté qui serait similaire au cadre du nombre d'heures de soins infirmiers par jour-patient(e) de la Nouvelle-Écosse (*Nursing Hours Per Patient Day [NHPPD] Framework*) qui a été négocié contractuellement.

Veuillez noter que le Manitoba a également accepté de mettre en œuvre des ratios de dotation en personnel infirmier.

# Introduction

Les soins de santé sont dans un état particulièrement précaire en Ontario. Il y a une importante pénurie de personnel infirmier dans les hôpitaux, les soins de longue durée et les soins communautaires. De nombreux travailleurs et travailleuses souffrent d'épuisement professionnel. La population souffre également des longs temps d'attente et de la diminution des soins. Une solution à ce problème est d'augmenter l'effectif en personnel infirmier. À cette fin, plusieurs juridictions ont mis en œuvre avec succès des niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires, comme des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums. Par exemple, des précédents quant aux ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums ont été établis en Californie, en Colombie-Britannique, en Australie et en Oregon. Ces modèles incluent des IA et des IAA ou des professions équivalentes dans leurs ratios. Des niveaux de dotation en personnel minimums, d'une forme ou d'une autre, ont été établis dans d'autres juridictions, comme en Nouvelle-Écosse et dans plusieurs États des États-Unis.

## Recherche

Cette étude examine la littérature existante au sujet des niveaux de dotation en personnel infirmier minimums. Elle comprend également des données au sujet des connaissances et des expériences du personnel de la santé. Le but de la recherche est de répondre aux questions suivantes :

- 1) **les précédents** : À quel endroit des niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires ou des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums ont-ils été mis en œuvre?
- 2) **la preuve** : Quelles sont les conséquences documentées des niveaux de dotation en personnel infirmier?
  - a) En quoi les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent-ils le **bien-être des infirmier(ère)s**?
  - b) En quoi les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent-ils le **bien-être des patient(e)s**?
  - c) En quoi les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent-ils le **système de santé**?
- 3) **l'état du système de santé** : Pour quelles raisons l'Ontario a-t-il besoin de niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires?





## Sources des données

Les données quantitatives et qualitatives sur lesquelles ce rapport est fondé proviennent de sources multiples :

- les transcriptions d'entrevues approfondies individuelles et en groupe avec des membres du CSHO-SCFP, dont 61 étaient des IAA, travaillant dans des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée aux quatre coins de l'Ontario qui ont été consultés entre 2016 et 2023 au sujet d'enjeux comme la violence, les conséquences de la pandémie de la COVID-19, la charge de travail et la santé mentale. Une analyse thématique a été utilisée pour explorer les réponses fournies par les personnes interviewées aux questions d'entrevue semi-structurées, offrant des idées au sujet des expériences individuelles et de l'environnement contextuel. **Remarque :** ces entrevues ont été faites à des fins de recherche universitaire qualitative approuvée par un comité, évaluée par des pairs et publiée. Les voix des personnes interviewées ont été intégrées dans la preuve puisqu'elles offrent un point de vue direct et important au sujet des conditions qui prévalent dans les établissements de soins de santé de l'Ontario. Les extraits ont été légèrement modifiés à des fins de concision, clarté et confidentialité;
- les résultats des enquêtes et des sondages effectués partout au Canada et en Ontario montrant que le bien-être des infirmier(ère)s et leur capacité à offrir des soins centrés sur les patient(e)s souffrent d'une surcharge de travail et d'une pénurie de personnel chroniques. **Remarque :** des exemples pertinents des résultats des enquêtes et des sondages sont inclus avec des liens vers les rapports complets, qui peuvent être trouvés à la section RESSOURCES;
- la littérature publiée : des articles de recherche scientifique, de la documentation parallèle, des rapports de gouvernements et d'organisations et des rapports des médias. **Remarque :** des exemples pertinents de résultats de la recherche sont fournis dans ce rapport, ainsi que des liens vers plusieurs analyses documentaires détaillées, qui peuvent être trouvés à la section RESSOURCES.

## Conclusions

### 1) Les précédents : À quel endroit des niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires ou des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums ont-ils été mis en œuvre?

Les précédents suivants sont fondés sur un examen de la littérature universitaire et des rapports de gouvernements, d'organisations de la santé et de syndicats et associations d'infirmier(ère)s.

Les chercheurs qui étudient la question des niveaux de dotation en personnel infirmier, ainsi que les syndicats, la population et les représentants gouvernementaux ont été clairs que des niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires sont nécessaires pour commencer à s'attaquer à la crise généralisée de dotation en personnel dans les hôpitaux. Les preuves continuent de s'accumuler à l'effet qu'une meilleure dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux est associée à de meilleurs résultats pour les patient(e)s, dont moins d'infections nosocomiales, des séjours plus courts, moins de réadmissions, une plus grande satisfaction de la part des patient(e)s et moins d'épuisement professionnel chez les infirmier(ère)s (Lasater et al., 2021a; McHugh et al., 2021; Schlak et al., 2021). Par exemple, après que la loi sur les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums ait été mise en œuvre, « la charge de travail moyenne du personnel infirmier dans les services de médecine générale ou de chirurgie dans les hôpitaux de la Californie était d'un(e) patient(e) de moins que dans d'autres États. Un moins grand nombre de patient(e)s par infirmier(ère) était associé à un taux de mortalité nettement inférieur chez les patient(e)s et à un épuisement émotionnel et une insatisfaction professionnelle nettement inférieurs chez les infirmier(ère)s, ainsi qu'à une meilleure qualité de soins rapportée par les infirmier(ère)s » (McHugh et al., 2020).

Selon M. D. McHugh et al. (2021), nous avons besoin :

*... de mesures d'ordre public pour établir des normes de dotation en personnel sécuritaires minimales dans les hôpitaux. En 2018, le Conseil international des infirmières, qui représente des associations nationales de personnel infirmier partout dans le monde, a publié sa déclaration au sujet de la dotation en personnel infirmier fondée sur les données probantes (Position Statement on Evidence-Based Nurse Staffing), concluant qu'il y a suffisamment de preuves attestant de la nécessité de prendre des mesures dès maintenant pour améliorer la dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux, faisant écho à l'appel à l'action de Florence Nightingale d'il y a plus de 150 ans, à l'effet que si nous avons des preuves et que nous n'agissons pas, nous reculons.*

De nombreuses juridictions partout dans le monde ont soit des niveaux de dotation en personnel infirmier obligatoires ou des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums. Pour une description et un compte rendu complets de chaque juridiction, voir le rapport détaillé préparé par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) (Hamill et Hiltz, 2024).

Aux États-Unis, les niveaux de dotation en personnel infirmier ont été examinés en détail et, dans certaines juridictions, ils ont été en quelque sorte rendus obligatoires. Une étude a été menée « pour fournir un examen exhaustif à jour des exigences en matière de dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux de l'ensemble des cinquante États des États-Unis » (Krishnamurthy et al., 2024). Cet examen couvre les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums et d'autres exigences en matière de dotation en personnel infirmier sécuritaire. L'étude a conclu ceci :

À compter de janvier 2024, sept États disposaient de lois relatives aux ratios de dotation en personnel pour au moins une unité hospitalière, incluant la Californie et l'Oregon, qui avaient des ratios relativement à de multiples unités. Huit États exigeaient des comités de dotation en personnel infirmier et, de ce nombre, six précisaient un pourcentage de membres de ces comités qui devaient être des infirmier(ère)s autorisés. Onze États exigeaient des plans de dotation en personnel infirmier. Cinq États avaient des projets de loi et un État, l'Idaho, avait adopté une loi interdisant les exigences en matière de dotation en personnel infirmier minimale.

Par exemple, une loi a été adoptée en 2021 dans l'État de New York qui requiert des niveaux de dotation en personnel infirmier sécuritaires (New York State Nurses Association [Association des infirmières et infirmiers de l'État de New York], 2022). La *Safe Staffing for Quality Care Act* [Loi sur la dotation en personnel sécuritaire pour des soins de qualité] de l'État de New York « exige que les services de soins intensifs se conforment à un ratio de dotation en personnel infirmier(ère)-patient(e)s de 1:2. La loi exige également que chaque foyer de soins infirmiers maintienne des heures de dotation en personnel quotidiennes égales à 3,5 heures par résident(e) d'un établissement de soins » (Trusted Managed Services, 2024). En date de janvier 2024, des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums étaient à l'étude dans cinq États des États-Unis : l'Illinois, la Géorgie, le Maine, le New Jersey et la Pennsylvanie (Trusted Managed Services, 2024).

## ***Juridictions avec des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums***

Plusieurs juridictions ont des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums enchâssés dans une loi (McHugh et al., 2020). Ce qui suit est un bref examen de quatre endroits qui disposent de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums, dont un est au Canada.

### ***La Californie***

Une loi obligeant des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums a été adoptée en Californie en 1999 et a été mise en œuvre en 2004 (Mark et al., 2013). C'était la première juridiction en Amérique du Nord à le faire (Aiken et al., 2010). La loi couvre tous les IA, ce qui comprend ceux et celles qui ont un diplôme universitaire en soins infirmiers, comme le Baccalauréat ès sciences infirmières (B. Sc. Inf.) ou la Maîtrise ès sciences infirmières (M. Sc. Inf.), et ceux et celles ayant un grade d'associé en sciences infirmières d'un collège communautaire – ainsi que les infirmier(ère)s auxiliaires



(National Nurses United [Syndicat national des infirmières et infirmiers], 2025a). Les hôpitaux qui ne respectent pas les exigences en matière de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums en Californie sont passibles d'une amende (Morse, 2023)

## ***L'Australie***

Il y a deux États en Australie sur les six États et deux territoires qui ont des ratios infirmier(ère)-patient(e)s enchâssés dans une loi – Victoria et le Queensland.

Victoria est devenu le premier État australien à établir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums dans les hôpitaux publics par l'entremise de la *Safe Patient Care Act 2015* (Loi de 2015 sur des soins sécuritaires aux patient(e)s). Ces ratios signifient que le nombre d'infirmier(ère)s requis dans un service dépendra du nombre de patient(e)s (lits occupés). La *Safe Patient Care Act* précise différents ratios en fonction du niveau de soins que ces patient(e)s pourraient nécessiter (Royal Melbourne Hospital [Hôpital Royal Melbourne], 2024).

En 2016, Queensland Health (Régie de la santé du Queensland) en Australie « a établi des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums pour les services de médecine générale et de chirurgie de soins actifs pour adultes dans 27 hôpitaux publics réglementés aux quatre coins de l'État. La loi requiert que le ratio infirmier(ère) -patient(e)s moyen lors des quarts du matin et de l'après-midi soit au minimum 1:4 et au minimum 1:7 pour les quarts de nuit » (McHugh et al., 2020). Selon le gouvernement du Queensland (2018a), « d'excellents soins dans l'ensemble du système de santé publique sont primordiaux. Des ratios enchâssés dans une loi établissent le nombre minimum de membres du personnel infirmier qu'un service hospitalier et de santé public doit fournir dans un service réglementé pour chaque quart, que ce soit un quart du matin, de l'après-midi ou de nuit. » Le personnel infirmier peut être composé d'IA et d'infirmier(ère)s diplômés, qui sont à peu près l'équivalent des IAA en Ontario.

Dans le Queensland, les ratios enchâssés dans une loi sont mis en œuvre en vertu « du Queensland Health Business Planning Framework (Cadre de planification organisationnelle de la santé du Queensland) mandaté par l'industrie, qui se veut un outil de gestion de la charge de travail pour le personnel infirmier et les sages-femmes » (Gouvernement du Queensland, 2018b).

## ***La Colombie-Britannique***

La Colombie-Britannique (C.-B.) est la première province ou le premier territoire au Canada à avoir réussi à établir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums. Ces ratios ont été mis en œuvre après une campagne soutenue du British Columbia Nurses' Union (BCNU) (Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique) et des négociations entre le gouvernement provincial et la Nurses' Bargaining Association (NBA) (Association de négociation des infirmières et infirmiers) (British Columbia Nurses' Union, 2024b). La NBA représente le BCNU et la Health Sciences Association (HSA) (Association des sciences de la santé). Le mandat a pris la forme d'un protocole d'entente avec le ministère de la Santé de la C.-B. Il couvre les infirmier(ère)s « dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée et d'aide à la vie autonome et les établissements de soins communautaires et non hospitaliers de la régie de la santé » (Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2024a).

Le BCNU a établi solidement l'importance des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums. Ces ratios exposent les conditions en vertu desquelles les infirmier(ère)s travaillent et les problèmes avec le recours croissant aux agences privées de soins infirmiers.

Pendant des années, les infirmier(ère)s de la C.-B. ont lutté pour offrir des soins sécuritaires aux patient(e)s tout en étant confrontés à la réalité qui les voit passer à la hâte d'un patient(e) à l'autre, travaillant en manque de personnel et jonglant avec de nombreuses tâches à chaque quart de travail. Ces conditions de travail difficiles entraînent des niveaux élevés d'épuisement professionnel chez les infirmier(ère)s et une détresse morale importante, forçant de nombreux infirmier(ère)s à tout simplement quitter la profession. La C.-B. a maintenant un nombre sans précédent d'emplois d'infirmier(ère)s vacants – plus de 5 000 selon Statistique Canada. Ce grave manque de personnel a également entraîné des fermetures d'urgences et des interruptions de services temporaires de plus en plus

fréquentes dans le système de santé. Les employeurs de la santé ont répondu en dépensant des dizaines de millions de dollars en agences de dotation en personnel à but lucratif coûteuses pour assurer la présence d’infirmier(ère)s au chevet des patient(e)s et combler le manque de personnel. Cette stratégie des ressources humaines en santé coûteuse et non viable a entraîné une augmentation 24 fois plus importante des dépenses pour avoir recours à des agences entre 2016 et 2024. La recherche a lié l’utilisation d’infirmier(ère)s d’agences à un roulement de personnel accru, une détérioration de la qualité des soins, des inégalités dans les conditions de travail et les salaires, ainsi qu’une déstabilisation des équipes soignantes (British Columbia Nurses’ Union, 2024b).

Le gouvernement de la C.-B. (2024b) explique les ratios, qui couvrent les IA et les infirmier(ère)s auxiliaires autorisés (IAA), comme suit :

Les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont une solution politique essentielle ayant pour but de régler la grave pénurie de personnel infirmier dans le système de santé de la C.-B. Les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums représentent le nombre minimum d’infirmier(ère)s jugés nécessaires pour prendre soin d’un nombre maximum de patient(e)s dans une unité donnée et se veulent une formule simple et claire qui indique de manière transparente les exigences en matière de dotation en personnel pour les infirmier(ère)s auxiliaires autorisés, les infirmier(ère)s psychiatriques autorisés et les infirmier(ère)s autorisés partout dans la province.

Un comité directeur de gestion a été créé en 2023 pour introduire la mise en œuvre du nouveau modèle. Le comité était « composé de membres du ministère, de la NBA, de la Health Employers Association of British Columbia (HEABC) (Association des employeurs de la santé de la Colombie-Britannique) et de dirigeants de la régie de la santé » (Gouvernement de la Colombie-Britannique, 2024a).

Le tableau qui suit montre les ratios convenus à être mis en œuvre dans les établissements de soins actifs (dans les hôpitaux) en C.-B. à compter de l’automne 2024. Ils sont semblables à ceux d’autres juridictions. Voir le Tableau 1 ci-dessous.

**Tableau 1 : Ratios infirmier(ère)-patient(e)s en Colombie-Britannique**

ÉTABLISSEMENT	RATIO
Malade hospitalisé dans les unités de médecine générale et de chirurgie	1:4 24/7
Réadaptation	1:5 Jour/Soir 1:7 Nuit
Soins palliatifs	1:3
Soins pointus (spécialisés)	1:3
Soins très actifs/Soins courants	1:2
Soins intensifs	1:1
Unités de médecine générale et de chirurgie pédiatriques	1:4
Soins pédiatriques pointus (spécialisés)	1:3
Unités de soins intensifs pédiatriques	1:1
Unités de soins pédiatriques très aigus	1:2
Unités de soins intensifs néonataux	1:1 à 1:3
Unités de soins post-anesthésiques	2:1 à 1:2
Unités de maternité – Ante partum	1:3
Unités de maternité – Travail et accouchement	1:1 pendant le travail actif; 2:1 au moment de l’accouchement
Unités de maternité – Post-partum	1:3 pour les soins en dyade (infirmier(ère) pour le parent et le nouveau-né); 1:4 pour le parent biologique seulement
Unités de maternité – Pouponnière	1:3
Salles d’opération	2.5:1



Autres niveaux de soins	1:7
Services des urgences – Urgences générales	1:3
Services des urgences – Observation pour court séjour	1:4
Services des urgences – Court séjour pour des unités de médecine générale et de chirurgie	1:4
Services des urgences – Trauma	1:1
Services des urgences – Soins intensifs	1:1
Services des urgences – Prise en charge rapide	1:4
Services des urgences – Attente/Triage	Visites par année

Source : British Columbia Nurses' Union, 2024a

## L'Oregon

L'Oregon est le deuxième État des États-Unis à avoir adopté des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums (Oregon Health Authority [Régie de la santé de l'Oregon], 2024). Une coalition de syndicats – l'Oregon Nurses Association (ONA) (Association des infirmières et infirmiers de l'Oregon), l'Oregon Federation of Nurses and Health Professionals (OFNHP) (Fédération des infirmières et infirmiers et des professionnels de la santé de l'Oregon), la section locale 49 du Service Employees International Union (SEIU 49) (Syndicat international des employés de services) et l'American Federation of State, County, et Municipal Employees (AFSCME) (Fédération américaine des employés d'États, de comtés et municipaux) de l'Oregon – a travaillé avec un membre de l'Assemblée législative de l'Oregon pendant de nombreux mois pour négocier ses conditions.

Ces ratios sont « minimums » parce que c'est le niveau de dotation en personnel minimum prévu dans la loi. Les établissements ne peuvent pas augmenter le nombre de patient(e)s prévu dans la loi sans faire face aux conséquences... Il est important de se rappeler que cette loi est un « plancher » et non pas un « plafond », les comités responsables de la dotation en personnel peuvent créer des plans de dotation en personnel avec des normes encore plus élevées en ayant les besoins de leurs établissements à l'esprit (Oregon Nurses Association, 2024a).

La loi couvre initialement seulement les hôpitaux de soins actifs; les hôpitaux ruraux ont eu droit à deux années supplémentaires pour mettre en œuvre des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums; bien que le ratio précise le nombre de patient(e)s par IA, le comité responsable de la dotation en personnel infirmier peut approuver une dérogation dans une unité quant aux ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums en ajoutant jusqu'à 50 % de « personnel clinique » (incluant les IAA) avec la stipulation que le comité responsable de la dotation en personnel doit réapprouver le modèle tous les deux ans (Oregon Nurses Association, 2024a).



Soulignons que le personnel allié est également couvert par la nouvelle loi et aura ses propres comités responsables de la dotation en personnel obligatoires, « un pour les travailleuses et travailleurs des services (comme les services environnementaux et les services alimentaires) et l'autre pour le personnel technique (comme les technicien(ne)s en radiologie et les technicien(ne)s en échographie) et le personnel professionnel (comme les physiothérapeutes et les ergothérapeutes) » (Oregon Nurses Association, 2024a).

## ***Juridictions ayant d'autres niveaux de dotation en personnel infirmier minimums***

De nombreux pays, États et autres juridictions disposent d'une certaine forme de niveaux de dotation en personnel infirmier minimums enchâssés dans une loi ou négociés. Certains sont à une échelle nationale, d'autres sont à une échelle provinciale ou étatique. Un important rapport de C. McTavish et A. Blain, commandé par la FCSII en 2024, l'explique :

Les lois et les programmes de dotation en personnel infirmier obligatoires impliquent souvent des initiatives pour assurer des niveaux de dotation en personnel adéquats, améliorer la formation des infirmier(ère)s et améliorer les conditions de travail. Des exemples incluent l'implication de prestataires de soins de première ligne dans les décisions relatives à la dotation en personnel au Connecticut et en Ohio, l'adaptabilité législative de Washington et du Nevada aux besoins régionaux et les mesures de transparence et de reddition des comptes du New Jersey et de l'Illinois, qui requièrent la présentation de rapports destinés au public quant aux niveaux de dotation en personnel et au respect des normes de dotation en personnel. Au pays de Galles, les bureaux de santé et les NHS trusts (fiducies de services de santé publics) ont une obligation légale de maintenir des niveaux de dotation en personnel infirmier suffisants pour des soins aux patient(e)s sécuritaires et efficaces. Entre-temps, l'Écosse oblige l'élaboration et l'application d'une méthode commune de dotation en personnel pour les services de santé et de soins, méthode qui utilise un jugement professionnel, une charge de travail fondée sur les données probantes, des outils de planification de la main-d'œuvre et un contexte local pour déterminer les niveaux de dotation en personnel appropriés.

### ***La Nouvelle-Écosse***

En Nouvelle-Écosse, un cadre de dotation en personnel sécuritaire pour les infirmier(ère)s a été mis en œuvre par l'entremise de la convention collective conclue entre la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et le Nova Scotia Council of Nursing Unions (Conseil des syndicats de soins infirmiers de la Nouvelle-Écosse), qui représente 10 000 IAA, IA et infirmier(ère)s praticiens (IP) membres du Nova Scotia Nurses' Union (NSNU) (Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse), du Nova Scotia Government and General Employees Union (NSGEU) (Syndicat de la Fonction publique de la Nouvelle-Écosse), du SCFP et d'Unifor.

En Nouvelle-Écosse, les employeurs des services de soins actifs ont maintenant une obligation contractuelle de doter en personnel les unités avec un nombre minimum d'heures de soins infirmiers par jour-patient(e), accomplies par un nombre spécifique d'infirmier(ère)s autorisés et infirmier(ère)s auxiliaires autorisés en fonction du nombre de patient(e)s et de leurs besoins spécifiques, ce à quoi on fait référence comme étant des « ratios plus » (Hamill et Hiltz, 2024).

Plutôt que d'utiliser explicitement le modèle de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums, la Nouvelle-Écosse a adopté le cadre du nombre d'heures de soins infirmiers par jour-patient(e). Cette approche est utilisée avec succès en Australie-Occidentale depuis 2002 et il a été conclu qu'elle entraîne une meilleure sécurité et un meilleur résultat pour les patient(e)s dans les hôpitaux, dont une réduction de la durée du séjour (Twigg et al., 2011).

L'approche est méthodique et axée sur les patient(e)s et elle est conçue pour assurer que la dotation en personnel reflète les besoins et les circonstances spécifiques de chaque unité. Ce cadre structuré promet non seulement de maintenir les niveaux de dotation en personnel actuels mais il ouvre également la voie à des négociations potentielles pour du personnel additionnel en fonction d'évaluations approfondies de la capacité clinique et de la charge de travail uniques de chaque unité. (McTavish et Blain, 2024a)

Un comité directeur mixte de dotation en personnel infirmier (*Joint Nurse Staffing Steering Committee* [JNSSC]) a été établi pour maintenir le cadre de dotation en personnel infirmier et la composition des compétences (Nurse Staffing and Skill Mix Framework) et ce cadre sera mis en œuvre par les comités consultatifs sur la dotation en personnel infirmier (*Nurse Staffing Advisory Committees* [NSAC]).

Au-delà de la question de la dotation en personnel, en 2023, le gouvernement a promis d'allouer un montant de 7 millions de dollars pour régler le problème de la violence à l'égard du personnel (Nova Scotia Nurses' Union, 2023).



## ***Le Manitoba***

Une lettre d'intention a été signée au Manitoba pour élaborer des ratios de dotation en personnel. Un sous-comité explorera la meilleure approche à adopter par la province et fera des recommandations d'ici janvier 2026. « Cette initiative a pour but d'établir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s qui tiennent compte de la composition des compétences, de l'acuité et de la perspicacité des soins, offrant ultimement des stratégies de dotation en personnel adaptées » (McTavish et Blain, 2024a).

## **2) La preuve : Quelles sont les conséquences documentées des niveaux de dotation en personnel infirmier?**

La preuve suivante est fondée sur un examen de la littérature universitaire qui a été publiée, des rapports de gouvernements, d'organisations de la santé et de syndicats et associations d'infirmier(ère)s, ainsi que des entrevues avec des infirmier(ère)s de l'Ontario.

*« Ce n'était pas comme ça il y a environ dix ans mais c'est de plus en plus complexe. On devrait avoir cinq IAA et une IA qui devrait se charger des patients les plus complexes et des admissions, mais la moitié du temps nous n'avons pas d'IA, alors on fait les admissions. Ça ne fait qu'évoluer; on a de plus en plus de responsabilités. » – Une personne membre du personnel infirmier des soins complexes*

### ***a) En quoi les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent-ils le bien-être des infirmier(ère)s?***

Une myriade de facteurs explique l'épuisement professionnel des infirmier(ère)s de l'Ontario : charge de travail considérable, rythme de travail effréné et longues heures de travail, en grande partie en raison d'une pénurie de personnel (Govasli et Solvoll, 2020; Suran, 2023; Duong et Vogel, 2023), d'une détresse morale, de blessures physiques, de violence au travail et d'un sentiment d'impuissance et de démoralisation (Brophy et al., 2024). Dans une atmosphère où les infirmier(ère)s sentent que leurs voix et leurs préoccupations ne sont pas entendues ou abordées, cela fait en sorte qu'ils sont plusieurs à quitter leur profession (Statistique Canada, 2023; Ménard et al., 2022).

*« Je n'arrive même pas à mettre la main sur un tensiomètre pour prendre la pression de mes sept patients au lieu de quatre patients – parce qu'on travaille en sous-effectif cette journée-là. Et c'est comme si tu ne disposais pas des ressources pour effectuer les tâches qu'ils s'attendent à ce que tu fasses. ... Le temps passé à essayer de faire fonctionner les choses est ridicule. » – Une personne membre du personnel infirmier d'une unité de dialyse*

Les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée semblent fonctionner en fonction de modèles industriels de gestion. La gestion du temps, les intérêts budgétaires et les pratiques de rendement semblent l'emporter sur le principe des soins axés sur les patient(e)s, alors que le concept de « taylorisme médical » devient le mode de fonctionnement dominant (Hartzband et Groopman, 2016).

*« Mon sentiment est que le temps est notre pire ennemi. On comprend les comportements. On ne peut pas pousser une personne qui en est à un stade avancé de démence. Elle ne comprend pas. On ne peut pas tout simplement entrer et commencer à l'habiller parce qu'elle aura peur. On doit donc se présenter, sourire, parler lentement, l'aider à faire ce qu'elle peut. Il se peut qu'elle puisse encore choisir ses vêtements et elle sera davantage d'accord avec toi si tu lui donnes des choix, mais le temps nous manque. On ne dispose pas d'assez de temps pour faire le travail afin que tout le monde soit en sécurité. » – Une personne membre du personnel infirmier des soins de longue durée*

La production juste à temps devient un principe directeur de gestion dans les soins de santé en termes de coûts du matériel, d'horaires et de dotation en personnel (Gupta, 2012).

*« Je ne pouvais pas prendre ma pause parce que je devais installer une ligne intraveineuse et, à l'autre bout du corridor, je devais installer une ligne intraveineuse et une sonde de gavage et prendre des signes vitaux, puis de l'autre côté de la chambre, je devais attendre les ordres, pour clarification puisqu'ils avaient été mal écrits, j'ai donc déjà un retard de 45 minutes. Je me dis, mon Dieu, je ne pourrai pas prendre ma pause. Je ne pourrai pas aller aux toilettes parce que je n'ai pas le temps. Et c'est l'heure du souper, donc maintenant tous mes patients doivent être nourris – alors attelle-toi parce qu'il y a du travail à faire. » – Une personne membre du personnel infirmier des soins complexes*

La notion que les infirmier(ère)s sont comme de l'équipement devant accomplir des tâches à une vitesse folle et soutenue passe à côté de la compréhension essentielle qu'ils sont des êtres humains, sensibles et intelligents. Les infirmier(ère)s ont besoin de temps de repos, ou d'intervalles de travail plus lents et plus légères, afin de compenser pour les périodes agitées de forte demande, tant sur le plan mental que physique, pour continuer à fonctionner en tant que membres du personnel soignant efficaces. C'est plutôt l'efficacité qui est priorisée sur la qualité des soins relationnels et axés sur les patient(e)s et le bien-être des travailleuses et travailleurs de la santé. En d'autres mots, les patient(e)s et les prestataires de soins souffrent lorsque les infirmier(ère)s sont surmenées.

*« Les soins infirmiers c'est une question de corps, d'esprit et d'âme... notre charge de travail est considérable et la partie la plus difficile pour nous tous est qu'on ne répond pas aux besoins de nos patients et on ne prend pas soin d'eux comme on le devrait, particulièrement à la fin de leur vie. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs*

La recherche a révélé à maintes reprises que le repos est un contrepoids essentiel des exigences élevées et du rythme de travail effréné. Un examen de la littérature connexe effectué en 2023 par H. L. Stutting a conclu que :

L'épuisement professionnel est un phénomène qui a fait l'objet d'études approfondies marqué par des sentiments de dépersonnalisation, d'épuisement émotionnel et d'accomplissement moindre. Affectant près de la moitié de tous le personnel infirmier, l'épuisement professionnel est une menace pour la santé des infirmier(ère)s, des patient(e)s, des organisations et de la société... Les pauses permettent de réduire l'épuisement professionnel de manière efficace...

*« Tu rentres travailler et il manque deux personnes... Alors, mon anxiété augmente parce que je n'aurai pas de pause. Tout le monde s'en moque... tu travailles en manque de personnel et c'est tellement stressant. » – Une personne membre du personnel infirmier en réadaptation post-chirurgie*



Dans le cadre d'un examen méta-narratif de 121 études au sujet de la nature des soins infirmiers efficaces, J. Jackson, J. Anderson et J. Maben (2021) explorent la diversité des tâches et responsabilités des soins infirmiers et concluent ceci : « Le travail en soins infirmiers est complexe et comprend du travail physique, émotionnel, cognitif et organisationnel. La dotation en personnel doit tenir compte de tout le personnel infirmier. »

*« Ça s'est aggravé progressivement... chaque année, ils éliminent plus de personnel et vous imposent une charge de travail additionnelle. C'est rendu à un point tel que nous faisons le travail de quatre personnes différentes. Il n'y a pas assez d'heures dans une journée pour faire tout le travail que nous avons à faire. C'est devenu tellement dangereux; c'est devenu tellement irréaliste. C'est une honte, une honte absolue pour notre profession. » – Une personne membre du personnel infirmier en salle d'opération*

Le CSHO-SCFP a effectué de nombreuses études de recherche et enquêtes au cours des dernières années qui indiquent clairement que le personnel de la santé de l'Ontario vit une crise sans précédents. (Diverses sources du CSHO-SCFP; Brophy et al., 2017, 2018, 2020 et 2024; Keith et Brophy, 2022; McArthur et al., 2020; McArthur, 2020)

*« Quelques-unes de mes collègues de travail prennent des médicaments, plusieurs sont des infirmières plus jeunes. J'ai dû prendre un congé lié au stress. Deux de mes amies infirmières ont dû prendre des congés liés au stress. On est nombreux à avoir songé à quitter... Tu rentres au travail – il se peut que tu aies quatre patients, il se peut que tu en aies sept. Il se peut qu'un patient fasse un arrêt cardiaque (et que tu aies six autres patients qui te crient après pour une raison quelconque, tout comme des membres des familles. C'est imprévisible. Et c'est plus stressant quand tu n'as pas les outils et le personnel pour faire le travail. » – Une personne membre du personnel infirmier médico-chirurgical*

Un sondage effectué par Nanos Research (2023) a été commandé par le CSHO-SCFP. Au total, 750 membres du personnel de la santé ont répondu au sondage. Des 219 répondant(e)s qui étaient des infirmier(ère)s :

- 60,7 pour cent ont rapporté avoir de la difficulté à dormir;
- 36 pour cent ont rapporté souffrir de dépression;
- 64,9 pour cent ont rapporté souffrir d'anxiété;
- 75,4 pour cent ont rapporté subir un niveau de stress élevé;
- 55,9 pour cent ont rapporté redouter rentrer au travail;
- 43,6 pour cent ont affirmé que la violence avait augmenté ou légèrement augmenté depuis le début de la pandémie.

*« Chaque jour, des membres du personnel s'effondrent sur certains étages parce qu'ils sont incapables de gérer les ratios de patients... Les infirmières pleurent et sont incapables de terminer leur journée parce qu'elles se sentent tellement dépassées par le nombre de patients qu'elles ont et la quantité de travail qu'elles ont à faire pendant la journée et sont incapables de le faire. Et elles ont peur d'être dans le trouble pour ne pas avoir accompli certaines choses. » – Une personne membre du personnel infirmier d'une unité de dialyse*

En 2024, la Registered Practical Nurses Association of Ontario (Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Ontario [WeRPN]) a interrogé plus de 1 300 membres. Elle a conclu que :

- 78 pour cent ont été directement affectés par la pénurie de personnel infirmier;
- 84 pour cent ont rapporté une augmentation de leur charge de travail au cours de l'année précédente;
- 49 pour cent ont affirmé que la qualité des soins aux patient(e)s s'est dégradée au cours de l'année précédente;
- 93 pour cent ont indiqué avoir été témoins de soins aux patient(e)s être compromis en raison du manque d'infirmier(ère)s pour répondre aux besoins des patient(e)s;
- 58 pour cent ont affirmé ne toujours pas avoir le temps nécessaire ou disposer des ressources nécessaires pour offrir des soins adéquats aux patient(e)s, aux résident(e)s ou aux client(e)s.



*« Avant, je rentrais au travail sur cet étage et, à la fin d'un quart de 12 heures, jamais je ne me sentais comme maintenant. La charge travail a augmenté; les congés de maladie ont augmenté parce que mes collègues de travail ont pris des congés liés au stress parce qu'ils n'arrivaient pas à s'en sortir. Les patients ont changé – la complexité des patients... ils sont tellement malades. Tu dois installer des lignes intraveineuses. On te vomit dessus. Ton patient fait une poussée de fièvre... Entre-temps, le patient dans le lit d'à côté te hurle et te sacre après parce que tu ne vas pas lui chercher une cuillère de beurre d'arachides, ou un thé chaud, ou que tu ne laisses pas tomber ce qui tu es en train de faire pour aller lui chercher de l'eau froide. Je ne peux pas tout faire et je fais de mon mieux. » – Une personne membre du personnel infirmier en réadaptation orthopédique*

Une étude conjointe menée par le CSHO-SCFP et des chercheurs universitaires a conclu que les infirmier(ère)s de l'Ontario et d'autres travailleuses et travailleurs de la santé souffrent « d'anxiété, de tristesse, d'une angoisse à rentrer au travail et d'un sentiment d'impuissance » quant à la possibilité que les conditions s'amélioreront un jour (Brophy et al., 2024).

*« Tu as le sentiment de ne pas être important. On entend des infirmières le dire tout le temps. 'Pourquoi s'inquiéter? Pourquoi se plaindre? Rien ne va changer'. » – Une personne membre du personnel infirmier en psychiatrie*

## ***Charge de travail et longues heures de travail***

*« Les choses doivent changer. Une des choses que l'on subit lorsqu'on est membre du personnel infirmier est tout le stress. Un proche travaille dans le domaine médical et il est venu me porter un café un jour et m'a dit qu'il ne serait jamais capable de faire mon travail. Eh bien, on ne peut pas réagir quand on est infirmière, peu importe le stress que tu ressens et malgré cette migraine retentissante causée par toutes ces cloches et l'anxiété. C'est toujours aller, aller, aller; ça fait quatre heures que tu n'es pas allée faire pipi; tu n'as rien bu ou mangé. » – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie*

Il a été prouvé que les charges de travail considérables ont de graves conséquences sur la santé et le moral des infirmier(ère)s.

*« Mes collègues de travail pleurent, ils sont épuisés, on se déclare malade. On ne peut pas fournir tous ces soins parce que les soins impliquent de cinq à six patients, tous les soins personnels, les laver, les habiller. Ils sont incontinents, ils ont des cathéters; tu dois fournir tous ces soins en plus de devoir discuter avec les familles des patients. On est sur un étage spécial où ils ont besoin de beaucoup de conseils, ça fait donc également parti de mon travail. Je dois traiter avec ces patients et leurs familles. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs*

Par exemple, un examen de la preuve effectué en 2023 par H. E. Ben-Ahmed et I. L. Bourgault a démontré que, au Canada, les infirmier(ère)s sont peu nombreux et a révélé que, par conséquent, ils subissent une détresse sévère. Les auteurs de l'examen ont fait une déclaration troublante :

Une dotation en personnel inadéquate, des charges de travail excessives, une violence endémique et des lieux de travail malsains sont quelques-uns des défis auxquels les infirmier(ère)s canadiens sont confrontés. Ne pas aborder ces enjeux a eu des conséquences pernicieuses sur le personnel infirmier : des milliers d'infirmier(ère)s des quatre coins du pays souffrent d'un stress extrême, d'anxiété et d'épuisement professionnel, faisant en sorte qu'ils sont nombreux à quitter leur emploi actuel et, pour certains, la profession d'infirmier(ère) purement et simplement.

La FCSII a commandé un rapport de recherche au sujet des conséquences des heures de travail sur la santé et le bien-être des infirmier(ère)s. Dans la section discussion du rapport, la docteure Heather Scott-Marshall (2023) a affirmé que :

Comme nous l'avons constaté, l'ensemble de la preuve au sujet des conséquences négatives pour la santé et la sécurité au travail d'heures de travail excessives est claire et convaincante... Les conséquences individuelles sur la santé des heures de travail excessives vont de problèmes de sommeil à des troubles de l'humeur, en passant par de graves maladies chroniques, dont un risque accru de maladie cardiovasculaire, de troubles métaboliques et de cancer.

Le stress d'une charge de travail considérable et des heures de travail excessives est exacerbé par la complexité d'une grande partie des soins que l'on exige maintenant de la part du personnel infirmier.

*« Je donne tous les soins aux patients; je dois les habiller. S'ils sont incapables de manger, je dois les nourrir. J'ai tout ça à faire : médicaments, injections, médicaments par voie orale, traitements, nébuliseurs, oxygène. La plupart du temps ils ont dorénavant des lignes intraveineuses parce que les choses ont changé. On a des patients qui ont besoin de plus de traitements. C'est de plus en plus complexe en tant qu'unité d'enseignement, ils font donc de plus en plus de traitements avec leurs transfusions sanguines, l'installation des lignes intraveineuses, les prises de sang. » – Une personne membre du personnel des soins palliatifs*



## ***Détresse et préjudice moraux***

Les facteurs importants qui contribuent à l'épuisement professionnel chez les infirmier(ère)s sont la détresse et les préjudices moraux. Une détresse morale peut survenir « lorsqu'une personne sait ce qu'est la bonne chose à faire, mais que les contraintes, les conflits, les dilemmes ou l'incertitude font en sorte qu'il est quasi impossible d'adopter une bonne approche » (American Association of Critical-Care Nurses [Association américaine des infirmières et infirmiers en soins intensifs], 2020). Un préjudice moral fait référence au « dommage causé à la conscience ou à la conscience morale d'une personne lorsque cette dernière commet des actes qui transgressent ses propres croyances morales, ses valeurs ou ses codes de conduite éthiques, est témoin de tels actes ou ne les empêchent pas » (Université de Syracuse, 2025).

Un journaliste connu, Ed Yong, a mené des entrevues approfondies auprès du personnel de la santé. Il a affirmé qu'il préfère ne pas utiliser l'expression « épuisement professionnel » qui donne l'impression qu'ils sont tout simplement épuisés de faire leur travail. Il croit plutôt « qu'ils ne pourraient pas supporter être incapables de faire leur travail... Pour eux, c'était plus cette idée de préjudice moral, ce fossé majeur entre ce que vous voulez que le monde soit et ce que vous constatez autour de vous » (Marchese, 2025)

*« Les familles s'emportent ou les patients s'emportent et vous savez quoi? Ils ont le droit de s'emporter. Ils sentent que 'Eh bien, mon être cher est à l'hôpital ou je suis à l'hôpital et on devrait prendre soin de moi et ça fait trois heures que mon infirmière n'est pas venue me voir.' Eh bien, ils n'ont pas vu l'infirmière parce qu'elle a huit patients dont elle doit s'occuper et elle doit installer des lignes intraveineuses et des cathéters, faire des bandages et donner des médicaments, et tout ça. Le patient dans l'autre chambre est en crise et, en tant qu'infirmière, tu penses au pauvre patient que tu n'es pas allée voir depuis trois heures et c'est la vérité. Ce n'est pas que tu as oublié le patient que tu as vu il y a trois heures et que tu n'as pas eu le temps d'aller revoir depuis et que tu sais qu'il a probablement besoin d'un changement de couche ou de médicaments contre la douleur, c'est juste que tu fais le mieux que tu peux et que tu essaies d'établir des priorités. Et tu ne rentres pas à la maison avec le sentiment d'avoir fait du bon travail. Chaque infirmière vous le dira. »* – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie

De nombreux infirmier(ère)s sont déchirés par des dilemmes éthiques en raison de leurs conditions de travail et de l'affaiblissement de la culture des soins.

*« Je suis complètement épuisée. Chaque quart de travail il manque de personnel... C'est embarrassant à dire, je n'ai plus la même compassion que j'avais... Je suis exténuée, mentalement, physiquement, émotionnellement, et je redoute de rentrer au travail... Je ne suis aucunement l'infirmière que je voulais être... On reconnaît toutes et tous que c'est également difficile pour les patients. Ce n'est pas le genre de soins de santé qu'ils méritent. Mais en tant qu'infirmières, nous sommes toutes incroyables; nous ne savons pas quoi faire de plus. »* – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie

Selon des chercheurs danois, « travailler en respectant des délais et avec une charge de travail considérable entraîne l'épuisement professionnel et une insensibilité éthique chez les infirmier(ère)s, et de nombreuses personnes contestent les options des infirmier(ère)s d'agir sur la base de motifs éthiques et moraux dans des situations de soins individuels » (Haahr et al., 2020).

*« Je souffre d'insomnie parce que je pense aux patients et au travail et je me sens coupable et triste, je suis donc incapable de dormir la nuit. Je dois prendre des somnifères, ce que je n'ai jamais eu à faire avant. »* – Une personne membre du personnel infirmier des soins complexes

Un stress prolongé peut entraîner l'épuisement professionnel, tout comme un préjudice moral. Selon le US Office of the Surgeon General (Bureau du médecin-chef des États-Unis), l'épuisement professionnel découle « ... d'un soutien inadéquat, de charges de travail et de fardeaux administratifs accrus, d'un sous-investissement chronique dans l'infrastructure de la santé publique et d'un préjudice moral provenant de l'incapacité à offrir les soins dont les patient(e)s ont besoin » (Murthy, 2022).

*« Je n'ai tout simplement pas de temps à consacrer à mes patients. Avec toutes les consignations qu'on doit faire aux dossiers, il y a tout ça, en plus d'avoir sept ou huit patients au cours d'un quart de jour, avec tous leurs médicaments et leurs activités de la vie quotidienne (AVQ) [les habiller, les laver, la mobilité, etc.]. »* – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie

La composition hommes-femmes et raciale de la profession infirmier(ère) leur fait sans doute courir un plus grand risque.

*« On ne rapporte pas les incidents de violence sexuelle parce que cela se produit tellement souvent... On m'a empoignée tellement souvent. Le harcèlement sexuel est définitivement un problème pour les travailleuses. Un patient a fait référence aux infirmières comme étant des putains et des salopes... Tu te sens dégoûtée face à toi-même après qu'une personne ait commis un geste inapproprié. Tu te sens violée. »* – Une personne membre du personnel infirmier en psychiatrie



En 2024, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) a effectué un recensement de la main-d'œuvre; 90,8 pour cent des répondant(e)s se sont identifiés comme étant des femmes et 32,3 pour cent comme étant des « membres des Premières Nations, Inuits/Inuits, Métis ou racisés, y compris de race mixte ».

*« J'ai dû retirer des résidents, les amener au bureau et les dénoncer à la direction parce qu'ils ont fait pleurer mes collègues de travail en les racialisant. Et personne ne devrait avoir à rentrer au travail et se faire humilier ainsi. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins de longue durée*

Les inégalités sociales placent les groupes sexospécifiques et racisés dans un désavantage distinct. Katherine Lippel (2018) a identifié ce phénomène comme étant de la « violence structurelle », un terme utilisé « pour identifier les charges de travail considérables, les faibles niveaux d'autonomie décisionnelle, le statut inférieur, les routines de travail rigides et les soins relationnels insuffisants comme étant des formes de violence ».

*« Je crois que les infirmières se sentent impuissantes quand vient le temps de régler ces problèmes parce que quand tu te plains à ce sujet, et on le fait, rien n'est fait et on te répond 'Eh bien, c'est comme ça. On doit faire des économies. Et tu n'as qu'à vivre avec.' Je crois que le personnel de la santé se sent maintenant tout simplement victimisé comme s'il n'y avait rien à faire. Il ne nous reste qu'à continuer ainsi – comme un mauvais mariage. » – Une personne membre du personnel infirmier en psychiatrie*

Comme l'explique Katherine Lippel (2018), « non seulement ce sont de mauvaises conditions de travail vécues comme sources de souffrance, mais cela empêche les travailleuses et travailleurs des soins d'offrir le type de soins qu'ils savent être capables d'offrir ».

*« Ils m'ont réduit en mille miettes. Ils essaient de me faire faire tellement de choses en même temps que je n'ai même pas le temps de fournir le niveau de soins que j'aimerais offrir. Je souffre d'anxiété et je me sens coupable que j'aurais dû en faire plus, mais je ne peux pas. Je ne peux pas en faire plus... Les soins palliatifs sont suffisamment difficiles. Je suis préoccupée par la négligence des patients et la partie physique de l'emploi me tue. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs*

*Et puis avec les problèmes que nous avons au travail et les préoccupations au sujet de la négligence des patients et la partie physique de l'emploi est tellement épuisante; mon travail me tue. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs*

## Violence

La violence dont sont victimes les travailleuses et travailleurs de la santé est épidémique. Selon le New England Journal of Medicine (Revue médicale de la Nouvelle-Angleterre), « la violence dans les lieux de travail de la santé est un problème sous-estimé, répandu et persistant qui a été toléré et largement ignoré » (Phillips, 2016).

*« À notre étage, s'il manque de personnel lors d'un quart de travail et qu'un patient sonne peut-être cinq fois et que la commis du service répond en disant 'D'accord quelqu'un va venir vous voir bientôt, ils font de leur son mieux', techniquement nous ne sommes pas supposées dire qu'il manque du personnel, le patient pense donc qu'on ne fait que l'ignorer. Et nous courons partout à essayer de répondre à tous les patients qui sonnent et, lorsque qu'une personne leur répond enfin, il se peut que le patient ait attendu 20 minutes et il devait aller aux toilettes ou veut un comprimé pour le soulager, ou quelque chose d'autre. Il était un peu fâché mais il est maintenant très agité. » – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie*

À part les blessures physiques, il a été prouvé que la violence augmente l'anxiété, la dépression ou le stress consécutif à un traumatisme, l'épuisement professionnel et l'attrition (Blomquist, 2025).

Malgré des années de recherche, des campagnes de sensibilisation et un lobbyisme du gouvernement par les syndicats et les associations représentant le personnel de la santé en Ontario, la violence continue de faire des ravages chez les infirmier(ère)s. Cela contribue aux blessures physiques et au mal-être émotionnel – et ultimement à l'attrition. L'abus verbal, incluant des remarques racistes et sexistes, ainsi que les agressions physiques ajoutent au stress. Même l'anticipation et la crainte d'être victime d'abus causent du stress (Brophy, Keith et Hurley, 2017 et 2019).

Des niveaux de dotation en personnel inadéquats ont été identifiés comme étant des facteurs de risque. Statistique Canada, en collaboration avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Santé Canada, a réalisé une importante enquête à laquelle 18 676 IA, IPA et IAA des quatre coins du pays ont participé. L'enquête a conclu que des ressources ou des niveaux de dotation en personnel « inadéquats » étaient associés à de la violence physique et émotionnelle » (Shields et Wilkins, 2009).

***« On n'a pas assez de personnel. C'est difficile pour nous; c'est difficile pour les patients. Au cours des deux dernières années, j'ai vu beaucoup plus de patients commettre des agressions. On m'a frappée au moins trois fois au cours des six derniers mois. Les familles semblent être beaucoup plus agressives également. »***

*– Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie*

Yvette Cofley, présidente du Newfoundland and Labrador Nurses' Union (NLNU) (Syndicat des infirmières et infirmiers de Terre-Neuve-et-Labrador), a affirmé que Terre-Neuve-et-Labrador a un urgent besoin de ratios infirmier(ère)-patient(e)s enchâssés dans une loi pour régler la crise de plus en plus importante dans les soins de santé, dont la hausse des incidents violents contre le personnel. Elle a affirmé ceci : « Nous devons assurer la sécurité des infirmier(ère)s si nous voulons assurer la sécurité de nos patient(e)s... Ce n'est pas seulement une question de dotation en personnel. C'est une question de survie. » (Mercer, 2025)

En 2019, Linda Silas, présidente de la FCSII, a témoigné devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. Voici ce qu'elle a affirmé :

La violence au travail est une épidémie grandissante chez les travailleuses et travailleurs de la santé puisque les niveaux de dotation en personnel diminuent fortement, que l'acuité des patient(e)s augmente et que les faibles protocoles de sécurité n'assurent pas une protection adéquate. Selon une enquête pancanadienne, 61 pour cent des infirmier(ère)s ont rapporté avoir été victimes de violence, de harcèlement et d'agression au travail au cours de la dernière année. Une récente enquête effectuée ici en Ontario a démontré que 68 pour cent des infirmier(ère)s et préposé(e)s aux services de soutien à la personne ont été victimes de violence au travail. Nous savons que ces chiffres sont inacceptables.

Il y a de nombreux facteurs qui contribuent à la violence, dont les temps d'attente. Selon Erin Ariss, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO), en termes d'hôpitaux ruraux en sous-effectif, « alors que les temps d'attente à l'urgence augmentent, le personnel est trop souvent victime de comportements violents et le stress qui en découle a mené à un épuisement professionnel généralisé » (Ireton et Ouellet, 2024).

***« Bon nombre des problèmes sont parce que nous sommes en sous-effectif. Les agressions vont quand même se poursuivre, peu importe, mais ce qui explique principalement pourquoi et à quel point c'est mal géré et pourquoi ça escalade, c'est parce qu'il n'y a pas assez de personnel. Et vous ne pourrez pas conserver le personnel si vous êtes occupé à épuiser ce même personnel; faire en sorte qu'ils souffrent de problèmes de santé mentale parce qu'ils sont tellement stressés et parce ce qu'ils voient au travail les contrarie, physiquement et mentalement. »*** – Une personne membre du personnel infirmier des soins complexes

Une étude menée en 2020 auprès de 528 infirmier(ère)s travaillant dans des établissements offrant des services de médecine générale et de chirurgie en C.-B. a conclu que des charges de travail considérables, qui sont directement liées à des niveaux de dotation en personnel inadéquats, augmentaient le risque de violence physique et/ou émotionnelle. Les infirmier(ère)s ont attribué les incidents violents à des « normes corrompues », des « interruptions » et une « acuité accrue chez les patient(e)s » (Havaei et Macphee, 2020).

*« Alors qu'on accourait dans le corridor, on pouvait voir un patient frapper une infirmière à coups de poing. Elle était au sol et il continuait de la frapper sans s'arrêter. J'avais le sentiment de courir au ralenti. C'est comme si je n'arrivais pas à me rendre à elle et qu'il y avait d'autres personnes derrière moi. Et tout ce que je pouvais entendre c'était le son des coups de poing. Et encore aujourd'hui, si je suis à l'épicerie et que quelqu'un court en arrière moi, j'ai à nouveau cette sensation. Ça me ramène en arrière. L'infirmière s'est retrouvée avec d'importantes contusions et elle souffre d'un TSPT à la suite de l'événement... Mes voisins diront, 'Wow, jamais j'aurais pensé que cela pouvait se produire à l'hôpital. C'est fou. Ça s'est vraiment passé?' La population ne le réalise pas, vraiment pas. » – Une personne membre du personnel infirmier en psychiatrie*

K. Lasater, H. Brom, L. Aiken et M. McHugh (2025), des autorités reconnues relativement aux répercussions des niveaux de dotation en personnel infirmier, ont mené une étude sur 58 hôpitaux en Colombie-Britannique. Cette étude avait pour but de servir de base de référence absolue alors que les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums nouvellement enchâssés dans une loi étaient mis en œuvre. L'étude a conclu que la dotation en personnel avait une incidence directe sur le risque de violence. Les données montraient que « un(e) patient(e) supplémentaire par infirmier(ère) était associé à une augmentation de trois points de pourcentage quant à la violence émotionnelle à l'égard des infirmier(ère)s et à une augmentation de quatre points de pourcentage quant à la violence physique à l'égard des infirmier(ère)s » (Aiken, 2025).

## ***Insatisfaction au travail***

*« Je ne suis même plus fière d'être infirmière... Si j'avais d'autres compétences, je démissionnerais... c'est comme si j'étais juste un robot. J'y vais. Je fais mon travail. Et je rentre à la maison ensuite. Ce n'est pas que je m'en fous, mais j'ai déjà été excitée par le résultat et je voulais prendre soin du patient jusqu'au bout... Maintenant, je veux juste faire mon travail et rentrer à la maison. » – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie*

Il y a de nombreuses études internationales qui montrent le lien entre un faible niveau de dotation en personnel infirmier et les conséquences sur la santé émotionnelle et mentale et une insatisfaction accrue au travail. Par exemple, une étude a été menée par M. D. McHugh et al. (2020) en Australie, où les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums ont été enchâssés dans une loi; « 4 372 infirmier(ère)s travaillant dans des services de médecine générale et de chirurgie et 146 456 patient(e)s dans 68 hôpitaux publics y ont participé ». L'étude a conclu ceci :

Avant que les ratios soient mis en œuvre, la dotation en personnel variait considérablement dans l'ensemble des services de médecine générale et de chirurgie dans les hôpitaux du Queensland et les charge de travail accrues des infirmier(ère)s étaient associées à... l'épuisement émotionnel des infirmier(ère)s et à l'insatisfaction au travail. L'importante variation dans l'ensemble des hôpitaux et le lien avec les répercussions suggèrent que la prise de mesures pour améliorer les niveaux de dotation en personnel était prudente.

*« Tu penses que les choses ne peuvent pas se détériorer davantage – et c'est le cas. Je souffrais de plus en plus d'attaques de panique avant de rentrer au travail, éclatant en larmes avant de sortir de la voiture. J'adorais aller travailler quand j'ai commencé. Maintenant je le redoute. » – Une personne membre du personnel infirmier d'une unité de traumatologie*



Les conclusions d'une étude menée au Royaume-Uni par A. M. Raflerty et al. (2010) au sujet des conséquences des niveaux de dotation en personnel infirmier étaient similaires : les infirmier(ère)s dans les hôpitaux « où les ratios infirmier(ère)-patient(e)s étaient les plus élevés [moins d'infirmier(ère)s]... risquaient environ deux fois plus d'être insatisfaits par leur travail » et « d'avoir des niveaux d'épuisement professionnel élevés ».

## ***Préjudices physiques et maladies***

La US Occupational Safety and Health Administration (OSHA) (Administration américaine de santé et sécurité au travail) a rapporté que « les travailleuses et travailleurs de la santé sont sept fois plus à risque que les autres de développer des blessures qui affectent les muscles, les tendons, les ligaments, les nerfs, les disques et les vaisseaux sanguins ». Ils mentionnent le manque de personnel comme facteur contributif : « Lorsqu'il y a une pénurie de personnel dans un établissement de soins de santé, cela représente un lourd fardeau pour les travailleuses et travailleurs de première ligne. Une charge de travail accrue, moins d'aide des autres et la pression de travailler à un rythme accéléré peuvent augmenter les risques d'accidents et de blessures. » (MultiCare Occupational Medicine [Médecine de soins multiples au travail], 2021)

Il y a eu une hausse des blessures documentées chez les travailleuses et travailleurs de la santé en Ontario entre 2020 et 2022. À part les infections dues à la COVID-19 pendant la pandémie, au moment où la charge de travail a augmenté de façon dramatique, les blessures dues au surmenage ont augmenté de 19 pour cent. Jean-Daniel Jacob, directeur de l'École des sciences infirmières de l'Université d'Ottawa, a attribué une grande partie de cette augmentation aux « traumatismes causés par le levage excessif de patient(e)s et d'autre équipement médical. (Shaw et Edwards, 2024).

*« Je travaillais en neurologie, et immédiatement après une opération, j'ai dû aider un patient à descendre de la table. Il pesait environ 250 livres... Il s'est tout simplement évanoui de mon côté de la table. Je venais tout juste d'installer des marches en métal sur roulettes devant lui. En s'évanouissant, il allait se fracasser le visage sur les marches et peut-être rouler et frapper un mur qui se trouvait à peine à trois pieds de ces marches. Il se serait vraiment blessé. J'ai à peine eu le temps de l'attraper par sa jaquette d'hôpital et, avec toute la force que j'avais, j'ai pu l'asseoir au sol de manière sécuritaire. Il s'est blessé un peu à la jambe, c'était sa seule blessure – mais je me suis déchiré l'épaule. » – Une personne membre du personnel infirmier en neurologie*

Selon L. Aiken (2025), l'étude sur la base de référence absolue de K. B. Lasater et al. (2025) de la C.-B. a conclu ceci : « Au sujet de la sécurité des infirmier(ère)s, un(e) patient supplémentaire par infirmier(ère) était associé avec... une augmentation de quatre points de pourcentage des blessures physiques attribuables au travail chez les infirmier(ère)s. »

*« On travaille en sous-effectif. J'avais une patiente très agitée qui souffrait de problèmes de santé mentale et cela a fait que je me suis blessée en me piquant avec une aiguille. Tu es seule, tu te dépêches, tu essaies de faire ce qu'il y a à faire et tu essaies de faire en sorte que les patients soient contents, mais tu ne peux pas. » – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie*

Une étude a été menée au sujet des blessures et des maladies chez les infirmier(ère)s après la mise en œuvre de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums en Californie. Il a été conclu que la loi est « associée à 55,57 pour cent moins d'accidents de travail et de maladies professionnelles par 10 000 IA par année, une valeur de 31,6 pour cent plus basse que le taux prévu dans la loi. La réduction la plus probable pour les IAA [infirmier(ère)s auxiliaires autorisés] était de 38,2 pour cent » (Leigh et al., 2024).

## Attrition du personnel

Les mauvaises conditions de travail, la violence, le manque de soutien, les salaires inadéquats, le surmenage et l'épuisement professionnel entraînent l'attrition. Plus l'attrition est importante, moins il y a d'infirmier(ère)s pour faire le travail. Les pénuries de personnel et les problèmes connexes augmentent alors davantage, et un plus grand nombre d'infirmier(ère)s partent.

*« Je sais que de nombreuses [infirmières] viennent tout juste de quitter la profession... Je ne serais pas ici moi non plus si je n'avais pas une famille à faire vivre. » – Une personne membre du personnel infirmier en oncologie*

Une enquête sur la population active menée par Statistique Canada auprès des travailleuses et travailleurs de la santé publiée en 2023 a conclu que seulement 55,6 pour cent des infirmier(ère)s étaient d'accord que leurs postes « correspondaient fortement à leurs valeurs... Des exemples de ces valeurs incluent l'importance de l'autonomie professionnelle, le salaire et les avantages sociaux, la reconnaissance, l'avancement professionnel et la relation avec les collègues de travail » (Blackwell, 2023). La santé et sécurité au travail était également une grande priorité pour 89,4 pour cent des infirmier(ère)s. La surcharge de travail était la principale raison pour laquelle les infirmier(ère)s avaient l'intention de quitter leur emploi.

*« Je dois faire tout ça et ça ne fait qu'augmenter de plus en plus. Je vais prendre ma retraite bientôt, dès que possible à 55 ans. Je vais tout quitter parce que j'ai tellement mal au dos. Je me suis fait une entorse cervicale en prenant soin d'une patiente. J'ai eu droit à seulement trois jours de travail modifié en raison de cette blessure il y a quelques années. Quand je me sens vraiment stressée et surmenée, j'ai beaucoup mal au cou. C'est constant. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs*

La preuve explique en grande partie pourquoi les infirmier(ère)s quittent, certain(e)s très tôt au cours de leur carrière. C'est un problème à l'échelle nationale.



*« Pourquoi le gouvernement ne s'en rend pas compte? C'est tellement évident, ça me déchire. J'adore mon travail mais je suis impatiente de prendre ma retraite et je suis juste dans la quarantaine... Il y a tellement d'infirmières qui ont pris leur retraite – des infirmières chevronnées et expérimentées qui sont indispensables. Toutes parties. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs*

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario rapporte que « les infirmier(ère)s souffrent de dépression, d'anxiété et de stress comme jamais auparavant », ce qui entraîne encore plus d'attrition dans le système public. Le rapport précise que les infirmier(ère)s « migrent vers les agences de soins infirmiers pour des salaires plus équitables et un meilleur contrôle de leurs vies »; l'attrition est particulièrement importante chez les infirmier(ère)s plus jeunes qui commencent leur carrière, qui risquent davantage de quitter leur emploi (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2023).

*« Les nouvelles diplômées plus jeunes ne sont pas prêtes à rester dans la profession. Parce que lorsque les vies de personnes sont en jeu et que tu sens que tu es la raison pour une chose qui a été oubliée quelque part ou pour une chose grave qui s'est produite, le salaire qu'ils sont prêts à te donner n'a pas d'importance si tu sens que tu sacrifies le bien-être d'une personne, tu ne peux pas continuer à le faire. » – Une personne membre du personnel infirmier d'une unité de dialyse*

Une récente étude de l'Institut économique de Montréal (IEDM) a conclu ceci : « En 2013, l'Ontario a perdu seulement 19 jeunes infirmier(ère)s pour chaque tranche de 100 infirmier(ère)s qui rejoignaient la profession. En 2022, ce sont 35 jeunes infirmier(ère)s sur 100 qui ont quitté la profession, soit une augmentation de 83 pour cent » (Faubert, 2024).

*« Je pense littéralement à chaque jour à comment je peux m'en sortir. Je ne veux plus continuer. Il y a toutes ces nouvelles et jeunes infirmières qui arrivent mais elles quittent aussi vite qu'elles arrivent. Ma voisine immédiate a terminé son cours d'IAA, puis elle a réalisé que le salaire est tellement bas par rapport à tout le travail qu'il y a à faire. Elle est donc retournée aux études pour devenir IA. Elle en est à la moitié mais elle ne croit plus vouloir travailler en soins infirmiers. » -- Une personne membre du personnel infirmier en salle d'opération*

Une enquête menée par la Registered Practical Nurses Association of Ontario [WeRPN] a conclu ceci :

En 2024, près de la moitié des IAA de l'Ontario interrogés (48 pour cent) ont affirmé songer à quitter la profession. Bien que ce soit une amélioration par rapport au pourcentage de l'an dernier qui était de 62 pour cent, les conséquences de toute perte supplémentaire d'IAA à ce moment-ci seraient dévastatrices pour les patient(e)s partout dans la province. Selon l'enquête, sept répondant(e)s sur dix (69 pour cent) ont affirmé avoir vu de plus en plus d'infirmier(ère)s expérimentés (IA et IAA) quitter leur emploi au cours de la dernière année et, ce qui est préoccupant, un(e) répondant(e) sur deux (50 pour cent) a affirmé croire qu'il n'y a pas suffisamment d'infirmier(ère)s expérimentés à consulter relativement aux cas plus complexes à son lieu de travail.

Selon Erin Ariss, présidente de l'AIIO, « les infirmier(ère)s quittent la profession. Les infirmier(ère)s n'entrent pas dans la profession. Ils ne restent pas dans la profession et je ne crois pas que l'on puisse les blâmer lorsqu'il n'y a pas grand-chose pour nous y garder » (Ireton et Ouellet, 2024).

*« La santé émotionnelle du personnel n'est pas bonne. Beaucoup de nos infirmières de longue date – celles que tu vas voir lorsque tu veux parler de quelque chose qui s'est produit ou juste pour travailler avec elles – elles ont toutes quitté parce qu'elles étaient tout simplement exténuées et épuisées. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs*



La crise d'attrition du personnel est exacerbée par l'épuisement professionnel des infirmier(ère)s et leur insatisfaction au travail, deux choses qui sont « associées à un roulement de personnel coûteux » (McHugh et al., 2020). De plus, les infirmier(ère)s subissent une diminution de leur salaire « réel ». Par conséquent, les infirmier(ère)s sont nombreux à se sentir sous-évalués et exploités. Les augmentations de salaire n'ont pas suivi le rythme de l'inflation (Macdonald, 2022).

Selon le British Columbia Nurses' Union (2024a), lorsque les conditions de travail s'améliorent, l'attrition diminue : « Lorsque nous réussissons à conserver des infirmier(ère)s expérimentés, nous conservons un savoir, des compétences et une expérience concrète précieux dans nos systèmes de santé – une situation gagnante pour les infirmier(ère)s et les patient(e)s. »

En fait, ce fut le cas en Australie. L'établissement de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums à Victoria a permis de régler de façon importante la pénurie d'infirmier(ère)s qui existait avant sa mise en œuvre. « Une fois la politique mise en œuvre, Victoria a vu une légère hausse de 24 pour cent d'infirmier(ère)s qui occupaient un emploi, avec plus de 7 000 infirmier(ère)s inactifs — qui avaient quitté la profession ou pris leur retraite — qui sont retournés sur le marché du travail. » (Globe Content Studio, 2024)

## ***Conséquences de la pandémie de la COVID-19***

***« Beaucoup d'infirmières expérimentées démissionnent. Et plusieurs personnes pleurent... Les gens sont encore bouleversés par ce que nous avons vécu. » – Une personne membre du personnel en obstétrique***

Il ne fait aucun doute que la pandémie de la COVID-19 a exercé des pressions supplémentaires sur le système de santé et ses infirmier(ère)s, et ils sont nombreux à encore souffrir de ses effets (McArthur, Brophy et Keith, 2020; Voth et al., 2022).

***« La COVID a fait ressortir le pire. J'ai toujours été une personne forte, je suis une leader et j'assume des responsabilités supplémentaires, mais j'ai été incapable de gérer la COVID. J'ai dû prendre des antidépresseurs. Maintenant je dépends des antidépresseurs en raison de la nouvelle norme au travail, de toutes les tâches supplémentaires et du stress. Je suis incapable de m'en sortir. Je faisais des crises d'anxiété en sortant de l'ascenseur sur mon étage pour travailler. Cela m'a amené à être vraiment, vraiment aigrie face aux soins de santé. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs***

Les gouvernements et les décideurs financiers ont eu tendance à blâmer la pandémie pour l'échec du système actuel, mais la preuve montre qu'une grande partie du stress et du surmenage que vivent les infirmier(ère)s aujourd'hui existaient déjà avant la pandémie (Twigg et al., 2015; Lasater et al., 2021b).

Selon des chercheurs canadiens, la pandémie « a exposé le point faible et sombre d'une approche fragmentée, régionalisée, coûteuse et inefficace au service de santé qui est un moteur de l'épuisement professionnel parmi la main-d'œuvre des soins de santé » (Affleck et Wagner, 2022).

Un sondage de 2020 commandé par le CSHO-SCFP a conclu que 91 pour cent des travailleuses et travailleurs de la santé se sentaient « abandonnés par le gouvernement provincial » (Business Wire, 2020).

Dans une enquête au sujet des effets de la pandémie sur les travailleuses et travailleurs de la santé, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a conclu que 37 pour cent étaient épuisés professionnellement. Ils ont mentionné les demandes accrues et la diminution du soutien et que « la pandémie de la COVID-19 a aggravé ces mauvaises conditions de travail, affectant négativement la santé mentale et exacerbant les sentiments de détresse morale » (Grady et al., 2022).



*« Les affaires ont tout simplement repris comme avant dans le reste du monde. Mais ce n'est pas ainsi à l'hôpital. Les affaires n'ont pas repris comme avant. On ressent encore le traumatisme de la COVID au quotidien. On essaie encore de se rattraper. On revit encore les horreurs qu'on a vécues, il n'y a tout simplement personne pour nous aider. Tu te sens littéralement seule au monde. – Une personne membre du personnel infirmier d'une unité de traumatologie*

Une importante étude canadienne publiée en 2021 a conclu que la majorité des infirmier(ère)s (63,2 pour cent) avaient des symptômes « d'épuisement professionnel et de troubles mentaux (c.-à-d., trouble de stress post-traumatique, trouble dépressif caractérisé, trouble d'anxiété généralisée et trouble panique) » et 29,3 pour cent avaient des indications cliniques sérieuses et importantes (Stelnicki et al., 2021).

Une étude de J. Singh et al. (2024) a également montré une prévalence très élevée d'épuisement professionnel chez les travailleuses et travailleurs canadiens de la santé publique à la suite des pressions supplémentaires imposées par la COVID, en plus d'autres facteurs liés au travail.

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2022) a rapporté que 75,3 pour cent des infirmier(ère)s canadiens souffraient d'épuisement professionnel, étant « exténués et déconnectés ».

Une importante enquête menée auprès de 151 335 infirmier(ère)s en milieu hospitalier des États de New York et de l'Illinois avant et pendant la pandémie en est arrivée à des conclusions similaires (Aiken et al., 2023), ce qui reflète également l'expérience de l'Ontario. Les données ont révélé que :

... le très grand épuisement professionnel des infirmier(ère)s, leur insatisfaction au travail, leur intention de quitter leur employeur et le manque de confiance à l'égard de la direction de l'hôpital dataient d'avant la pandémie... Les taux élevés d'épuisement professionnel chez les infirmier(ère)s pendant la pandémie semblent être en grande partie une conséquence d'un épuisement professionnel élevé avant la pandémie... Un point important, nos résultats montrent que le manque de personnel infirmier dans les hôpitaux et de mauvais environnements de travail avant l'urgence de la COVID-19 étaient associés à des résultats défavorables pendant la pandémie.

### ***b) En quoi les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent-ils le bien-être des patient(e)s?***

*« On travaille en sous-effectif presque chaque jour... notre charge de travail est considérable et je dirais que la partie la plus difficile pour nous toutes est qu'on ne répond pas aux besoins de nos patients; on ne prend pas soin d'eux comme on le devrait, spécialement à la fin de leur vie. Les membres de leurs familles doivent en faire beaucoup et doivent accepter qu'il y a un problème dans notre système de santé qui ne permet pas au membre de leur famille de recevoir les soins qu'il devrait recevoir. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs*

Les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent les patient(e)s en termes de temps d'attente, de sentiment d'être importants, de niveau de soin, de réadmissions, d'erreurs médicales, d'infections nosocomiales et de décès.

De nombreuses études ont fourni des preuves convaincantes de conséquences néfastes pour les patient(e)s lorsque les niveaux de dotation en personnel infirmier sont plus faibles (McHugh et al., 2020). Au cours des vingt dernières années, plus de 100 études de recherche ont établi le lien entre des niveaux de dotation en personnel infirmier inadéquats et des répercussions négatives sur les patient(e)s (Levins, 2023).

*« On est toujours en sous-effectif. On a un retard de plus de deux ans. On a à peine le temps de prendre des pauses ou d'aller aux toilettes... je ne crois pas que les patients reçoivent les soins dont ils ont besoin. » – Une personne membre du personnel infirmier d'une clinique externe*

Une évaluation de fond de la relation qui existe entre le degré selon lequel les infirmier(ère)s se sentent aptes à faire leur travail et le sentiment des patient(e)s qu'on prend soin d'eux adéquatement a conclu que « les niveaux de satisfaction des patient(e)s sont plus faibles dans les hôpitaux où il y a plus d'infirmier(ère)s insatisfaits et exténués » (McHugh et al., 2011).

*« Les niveaux de dotation en personnel sont énormément en baisse lors des quarts de jour, de soir et de nuit; ils n'arrêtent pas de couper, on coupe une infirmière ici et une autre là. On a trois personnes qui ne sont pas rentrées et n'ont jamais été remplacées. Lorsqu'ils retirent le travailleur de première ligne, les patients sont négligés. Les patients ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin ni l'attention immédiate dont ils ont besoin. Cela cause du stress, que vous soyez un patient en psychiatrie, un patient recevant des soins médicaux, un patient en physiothérapie ou un patient à l'urgence. » – Une personne membre du personnel infirmier en psychiatrie*

Une étude du Royaume-Uni effectuée par A. M. Raflerty et al. (2010) a conclu que les faibles ratios infirmier(ère)-patient(e)s ont entraîné une « qualité de soins faible ou en détérioration dans leurs services et hôpitaux. »

*« On ne dispose pas de suffisamment de membres du personnel pour pouvoir s'asseoir et discuter avec les familles des patients pendant au moins cinq minutes pour apprendre à les connaître. Tout ce qu'on fait, littéralement, c'est de courir dans la chambre, leur donner de l'eau, leur donner des comprimés et leur dire de les avaler. C'est triste. C'est tellement triste à voir. » – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie*

Dans leur examen du problème de dotation en personnel infirmier au Canada, H. E. Ben-Ahmed et I. L. Bourgault (2023) ont affirmé ceci : « Il existe une relation importante entre l'épuisement professionnel des infirmier(ère)s et des résultats négatifs pour les patient(e)s, un taux de mortalité élevé chez les patient(e)s, un échec à les sauver et de plus longs séjours, par exemple. »

## ***Taux de mortalité chez les patient(e)s***

Les faits démontrent clairement que le niveau de soins infirmiers a une incidence directe sur le risque de décès des patient(e)s. Par exemple, selon les chercheurs qui ont mené l'étude sur la base de référence absolue par K. B. Lasater et al. (2025), « nous avons documenté des conclusions très similaires en C.-B. quant aux conséquences de la dotation en personnel infirmier variable sur le taux de mortalité chez les patient(e)s comme l'a documenté une recherche effectuée précédemment aux États-Unis (Aiken et al., 2002) et en Europe (Aiken et al., 2014) — chaque ajout d'un patient(e) hospitalisé supplémentaire à la charge de travail des infirmier(ère)s est associé à une augmentation de 7 pour cent du taux de mortalité. »

Lorsque L. H. Aiken et al. (2010) ont comparé les résultats de la Californie, où les ratios infirmier(ère)-patient(e)s ont été rendus obligatoires, à deux autres États sans une telle obligation, ils ont conclu que « les ratios de dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux rendus obligatoires en Californie sont associés à un taux de mortalité plus faible ».

J. H. Silber et al. (2016) ont exploré la relation entre les niveaux de dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patient(e)s ayant subi une intervention dans trois différents États des États-Unis. Ils ont conclu que « les hôpitaux ayant de meilleurs environnements de soins infirmiers et des niveaux de dotation en personnel supérieurs à la moyenne avaient de meilleurs résultats (taux de mortalité plus faible avec des coûts similaires) comparativement aux hôpitaux sans reconnaissance de l'environnement des soins infirmiers et un niveau de dotation en personnel inférieur à la moyenne, particulièrement pour les patient(e)s à risque plus élevé ».

Une étude de A. M. Raflerty et al. (2010) menée au Royaume-Uni au sujet des conséquences des niveaux de dotation en personnel infirmier a conclu que « les patient(e)s et les infirmier(ère)s dans le quartile des hôpitaux ayant les niveaux de dotation en personnel les plus favorables (les ratios patient(e)s-infirmier(ère) les plus bas) avaient constamment de meilleurs résultats que les hôpitaux ayant des niveaux de dotations en personnel moins favorables. Les patient(e)s dans les hôpitaux ayant les ratios patient(e)s-infirmier(ère) les plus élevés [moins d'infirmier(ère)s] avaient un taux de mortalité plus élevé de 26 pour cent ».

Dans une autre étude menée au Royaume-Uni, P. Griffiths et al. (2019) ont examiné les heures de soins infirmiers par jour-patient(e) et ont conclu un risque accru de décès chez les patient(e)s recevant moins de soins infirmiers.

J. E. Ball et al. (2018) ont examiné les conséquences des « soins infirmiers non donnés » sur les résultats pour les patient(e)s. « 422 730 patient(e)s ayant subi une intervention dans 300 hôpitaux généraux de soins actifs » dans neuf pays européens ont participé à l'étude. Cette dernière a conclu que :

Les soins infirmiers qui n'ont pas été donnés, qui sont en très grande partie liés aux niveaux de dotation en personnel infirmier, sont associés à de plus grands risques de décès des patient(e)s à l'hôpital à la suite d'interventions chirurgicales. Les analyses appuient l'hypothèse que les soins infirmiers qui n'ont pas été donnés interviennent dans la relation entre le personnel infirmier autorisé et le risque de décès chez les patient(e)s. Mesurer les soins qui n'ont pas été donnés peut servir d'indicateur 'précoce' d'un risque plus élevé de mauvais résultats pour les patient(e)s.

Une étude au sujet du taux de mortalité chez les patient(e)s dans sept hôpitaux belges menée par F. Haegdorens et al. (2019) a conclu à une « association entre des niveaux de dotation en personnel infirmier plus élevés et un taux de mortalité inférieur chez les patient(e)s ».

J. Needleman et al. (2011) ont examiné les résultats des admissions de 197 961 patient(e)s dans 43 unités hospitalières aux États-Unis par rapport aux niveaux de dotation en personnel infirmier. Ils ont conclu qu'un niveau de soins infirmiers inférieur « était associé à un taux de mortalité accru, ce qui renforce la nécessité d'harmoniser la dotation en personnel avec les besoins en soins infirmiers des patient(e)s. »

## ***Erreurs médicales et infections nosocomiales***

*« Je crois que le manque de personnel contribue aux erreurs médicales. Ça se produit tout le temps, pas seulement en raison du manque de personnel, mais parce que même si tu as le personnel, il n'y a pas de continuité dans les soins. Tu n'as pas les personnes qui sont là régulièrement et qui connaissent le système, connaissent les patients, connaissent tous les tenants et aboutissants... les choses ne se font pas ou sont omises, faire le suivi au sujet d'une analyse sanguine qui était cruciale a été oubliée. » – Une personne membre du personnel infirmier d'une unité de dialyse*

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le taux d'infections nosocomiales a augmenté. « Au cours d'un séjour à l'hôpital sur dix-sept en 2021-2022, les patient(e)s en cause ont été victimes d'au moins un événement dangereux, une hausse par rapport à un sur dix-huit rapporté en 2014-2015 » (2024b).

Une étude menée dans 19 hôpitaux universitaires de l'Ontario a conclu « qu'une proportion plus élevée d'infirmier(ère)s professionnels parmi le personnel de différents secteurs (IA/IAA) d'unités de médecine générale et de chirurgie dans les hôpitaux universitaires de l'Ontario est associée à des taux d'erreurs de médication et d'infection des plaies inférieures » (Hall et al., 2004).

*« La plupart du temps, on ne peut pas obtenir l'équipement adéquat. Notre équipement ne peut même pas être stérilisé adéquatement la plupart du temps. Ils ne forment pas les gens pour effectuer la stérilisation adéquatement. Ils ne sont même pas capables de trouver des gens pour faire le travail adéquatement. » – Une personne membre du personnel infirmier en salle d'opération*

J. P. Cimiotti et al. (2021) ont examiné les conséquences de la dotation en personnel infirmier et de l'épuisement professionnel sur les taux d'infections urinaires et post-opératoires chez les patient(e)s dans les hôpitaux de la Pennsylvanie. Ils ont conclu que « les hôpitaux où l'épuisement professionnel a été réduit de 30 pour cent avaient 6 239 moins d'infections au total, pour une économie annuelle allant jusqu'à 68 millions de dollars ».

Une étude australienne qui explorait les causes des plaies de pression a conclu qu'elles sont « considérées comme étant une conséquence des soins donnés aux patient(e)s et sont communément utilisées comme indicateur de la qualité des soins infirmiers... Des niveaux plus élevés de soins qui n'ont pas été donnés peuvent découler de niveaux de dotation en personnel inadéquats et de la culture organisationnelle; les deux sont connus pour avoir une incidence sur la sécurité des patient(e)s » (Alanazi et al., 2023).

*« La moitié de notre personnel est en congé pour stress ou quelque autre raison. Dans la salle d'opération, ça prend deux ans pour qu'un infirmière soit opérationnelle. Et c'est quelqu'un qui a de l'expérience en chirurgie. Maintenant ils prennent des gens qui sortent de l'école et s'attendent à ce qu'ils soient opérationnels en six mois. À quel point est-ce irréaliste? » – Une personne membre du personnel infirmier en salle d'opération*

C. Duffield et al. (2011) ont examiné les conséquences des faibles niveaux de dotation en personnel infirmier en Nouvelle-Galles du Sud (Australie) et ont conclu qu'ils « étaient liés aux résultats négatifs pour les patient(e)s, y compris des chutes et des erreurs de médicaments dans les unités de médecine générale et de chirurgie ».

*« Je sais que je ne veux jamais aller à l'hôpital. Ça c'est certain. Il y a beaucoup de patients qui viennent nous consulter à partir d'établissements de soins actifs et qui n'ont pas pris de douche ou de bain depuis qu'ils y sont... Ils arrivent les cheveux mêlés, les cheveux sales, la peau très sèche, les ongles très sales et vraiment longs. Leur hygiène buccale est tout simplement atroce. » – Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs*



C. Brooks et al. (2011) ont interviewé des infirmier(ère)s dans quatre États différents et ont conclu que « les infirmier(ère)s dans les hôpitaux où la dotation en personnel est inadéquate avaient 6 pour cent plus de chances de rapporter que des renseignements importants au sujet des patient(e)s 'sont passés à travers les mailles du filet' lors du transfert des patient(e)s entre des unités... Des interventions visant à améliorer l'engagement des infirmier(ère)s et à assurer une dotation en personnel adéquate servent de stratégies pour améliorer la sécurité des patient(e)s ».

*« On voit des gens arriver d'étages où ils sont restés assis dans leur lit pendant un jour ou deux, parfois trois ou quatre, parce que les blocs opératoires sont tellement embourbés qu'il n'y a pas de place. Et lorsque cette personne nous arrive, elle est tellement souillée, le lit est tellement sale, la personne est tellement sale. Tu peux dire que le lit n'a pas été changé ou que la personne n'a pas été tournée et installée adéquatement. Elle commence à avoir des*



*plaies de pression, ce qu'un patient ne devrait jamais avoir à l'hôpital. Chaque patient devrait être tourné et installé toutes les quatre heures afin de ne jamais avoir de plaie de pression. Surtout lorsqu'ils ont une fracture de la hanche, une jambe cassée. » – Une personne membre du personnel infirmier en salle d'opération*

## Réadmissions

Il a été démontré que les juridictions où il y a moins d'infirmier(ère)s par patient(e) ont des taux de réadmission plus élevés. L'étude sur la base de référence absolue en C.-B. menée par K. B. Lasater et al. (2025) a conclu que « des réadmissions évitables sont l'événement perturbateur le plus fréquemment rapporté, avec 58,1 pour cent des infirmier(ère)s, en moyenne, qui ont rapporté que des réadmissions évitables se produisent au moins chaque mois... Près de 10 pour cent des patient(e)s d'un hôpital moyen ont été réadmis dans les 30 jours suivant leur congé ».

Une étude américaine a conclu que « chaque patient(e) additionnel par infirmier(ère) augmentait les risques de réadmission de 3 pour cent... Les patient(e)s qui reçoivent des soins dans des hôpitaux où le personnel infirmier a de meilleurs environnements de travail avaient moins de risques d'être réadmis ». L'étude concluait : « Une meilleure dotation en personnel infirmier et un meilleur environnement de travail étaient fortement associés aux réadmissions dans les 30 jours suivant un congé et peuvent être considérés comme étant des interventions à l'échelle du système pour réduire les réadmissions et les pénalités financières qui y sont associées. » (Ma et al., 2015)

K. B. Lasater et M. D. McHugh (2016) ont étudié la fréquence de réadmission des patient(e)s dans quatre États, dont la Californie, patient(e)s qui avaient subi une chirurgie de remplacement complet du genou ou de la hanche. Ils ont conclu que « corrigés en fonction des caractéristiques relatives aux patient(e)s et aux hôpitaux, les patient(e)s avaient 8 pour cent plus de risques d'être réadmis dans les 30 jours suivant leur congé et 12 pour cent plus de risques d'être réadmis dans les 10 jours, pour chaque patient(e) additionnel par infirmier(ère). Les patient(e)s qui ont reçu des soins dans de meilleurs environnements de travail avaient 12 pour cent moins de risques d'être réadmis dans les 30 jours suivant leur congé ».

*« Que le patient soit prêt ou non n'a pas d'importance, il doit quitter rapidement. Tu dois donner un congé, puis un autre et un autre, parce que si tu ne le fais pas tu n'es pas efficace. Et ils ne feront pas rentrer plus de personnel. Alors maintenant c'est comme un convoyeur. On est sensé traiter les gens comme une pièce de matériel sur un convoyeur. » – Une personne membre du personnel infirmier en salle d'urgence*

## c) En quoi les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent-ils le système de santé?

Il a été prouvé que les niveaux de dotation en personnel infirmier affectent le résultat net des systèmes de santé. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2025b), les réadmissions à l'hôpital, par exemple, affectent non seulement les patient(e)s, ils coûtent 2,6 milliards de dollars par année au système de santé canadien; en 2023-2024 globalement, 9,3 pour cent des patient(e)s au Canada ont été réadmis à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé; le taux de réadmission de l'Ontario était plus élevé à 9,5 pour cent.



Le British Columbia Nurses' Union a estimé des économies énormes pour la province uniquement en termes d'indemnisation des infirmier(ère)s. Le syndicat affirme ceci : « En Californie, la mise en œuvre de ratios infirmier(ère)-patient(e)s a diminué les accidents de travail et les maladies professionnelles des infirmier(ère)s de 32 pour cent. Si nous constatons une réduction ici en C.-B., les données de WorkSafeBC (Travail sécuritaire C.-B.) suggèrent que nous économiserions plus de 195 millions de dollars en demandes d'indemnisations pour des accidents de travail et des maladies professionnelles au cours des dix prochaines années. » (British Columbia Nurses' Union, 2024a)

Une étude menée dans plusieurs pays au sujet des coûts financiers pour le système de santé en ce qui a trait à des niveaux de dotation en personnel infirmier inadéquats a conclu ceci :

La prépondérance de la preuve suggère que l'augmentation de la proportion des infirmier(ère)s autorisés est associée à de meilleurs résultats et, potentiellement, à une réduction du coût net. À l'inverse, des politiques qui mènent à une réduction de la proportion des infirmier(ère)s autorisés au sein des équipes soignantes pourraient entraîner des résultats moins bons à des coûts accrus et il n'y a aucune preuve que de telles approches sont rentables. (Griffiths et al., 2023)

Une étude a été menée en Illinois par K. B. Lasater et al. (2021a) afin de « déterminer si les charges de travail plus grandes des infirmier(ère)s sont associées au décès de patient(e)s et à la durée de leurs séjours, ainsi qu'aux coûts pour les hôpitaux ». L'étude a examiné les résultats de la dotation en personnel dans 87 hôpitaux de soins actifs et comprenait plus de 200 000 patient(e)s plus âgés du régime d'assurance-maladie. L'étude a conclu que si les hôpitaux avaient été « pourvus en personnel à un ratio de 4:1 au cours de la période d'un an qu'a duré l'étude, plus de 1 595 décès auraient été évités et les hôpitaux auraient collectivement économisé plus de 117 millions de dollars ».

Une étude similaire menée dans les hôpitaux de New York par K. B. Lasater et al. (2021c) a conclu que « si les hôpitaux avaient été pourvus en personnel au ratio de 4:1 P/I [patient(e)s-infirmier(ère)] proposé dans la loi, nous avons estimé de manière conservatrice que 4 370 vies auraient été sauvées et 720 millions de dollars auraient été économisés au cours de la période de deux ans qu'a duré l'étude en plus courts séjours et réadmissions évitées ».

Une étude de M. D. McHugh et al. menée auprès de plus de 200 000 patient(e)s dans des hôpitaux du Queensland (Australie) (2021) a conclu que le fait d'améliorer la dotation en personnel d'un(e) patient(e) par infirmier(ère) permettrait de réduire les décès, les réadmissions et la durée des séjours. « En plus de produire de meilleurs résultats, les coûts évités par l'entremise de la réduction des réadmissions et d'une durée des séjours plus courte représentaient deux fois le coût de l'infirmier(ère) additionnel. » Ils ont conclu en disant ceci : « Les politiques de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont une approche réalisable pour améliorer la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patient(e)s avec un bon rendement des investissements. »

Non seulement les niveaux de dotation en personnel inadéquats ont des conséquences sur le coût financier, mais ils érodent la confiance du public. Une enquête effectuée en 2023 a conclu que plus du tiers des répondant(e)s canadiens « croient qu'une pénurie de médecins et d'infirmier(ère)s est le principal problème auquel le système de santé est confronté en ce moment » (Canseco, 2023). Le président de la firme de recherche sur l'opinion publique qui a effectué l'enquête a rapporté ceci : « Vous avez essentiellement un tiers de la population canadienne qui affirme 'Je ne veux pas tomber malade parce que je ne crois pas que le système va pouvoir m'offrir des soins'. » (Jiang, 2023)

En résumé, établir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums peut améliorer le moral et la santé du personnel, réduisant ainsi les congés de maladie connexes qui requièrent l'embauche de personnel de remplacement temporaire, provenant de plus en plus d'agences privées de soins infirmiers coûteuses. Ces ratios peuvent également améliorer la conservation du personnel, ce qui élimine la formation coûteuse du personnel de remplacement nécessaire. Il a également été prouvé que les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums engendrent de meilleurs soins et de meilleurs résultats pour les patient(e)s, réduisant ainsi la durée des séjours et les réadmissions coûteuses.

### 3) L'état du système de santé : Pour quelles raisons l'Ontario a-t-il besoin de niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires?

*« Le système s'effrite. Les nouvelles diplômées ne sont pas formées adéquatement parce que les infirmières qui les forment sont tellement épuisées. Ça n'a pas de sens. On nous impose un trop grand nombre de responsabilités pour un salaire insuffisant. » – Une personne membre du personnel infirmier des soins complexes*

Le système de santé publique du Canada qui a déjà été réputé est en forte régression. Des décennies de décisions politiques guidées par l'austérité, un manque de financement, une pénurie de personnel, la déréglementation et une privatisation accrue ont laissé le système dans un état critique (Armstrong et Armstrong, 2023). Il y a moins de lits, les temps d'attente sont plus longs, les coûts pour les patient(e)s sont plus élevés et, vraisemblablement, les soins sont de moins bonne qualité. Ces politiques gouvernementales ont également eu des conséquences profondément néfastes sur le bien-être des travailleuses et travailleurs de la santé. En 1976, le Canada comptait environ 7 lits d'hôpital par 1 000 habitant(e)s (Banque mondiale, 2024); en 2024, le nombre était passé à 2,6 (Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2018). En 2004, le Canada occupait le quatrième rang parmi onze pays à revenu élevé en termes de rendement des soins de santé (Shoo et al., 2021) mais a reculé au dixième rang en 2021; le classement du Canada est meilleur que les États-Unis en termes de rendement lorsque comparé à d'autres pays de l'OCDE, mais les deux sont au bas de la liste (Fonds du Commonwealth, 2021).

Le Canada est confronté à des défis en matière de soins de santé de plus en plus complexes, dont bon nombre sont liés à la demande accrue due à la croissance et au vieillissement de la population et au taux de mortalité qui y est lié (Arsenych, 2023; Naik, 2024).

*« Je crois que le système de santé vit une grosse crise... Il y a un important roulement de personnel. On semble être incapables de conserver le personnel, que ce soit les infirmières ou les aides-soignantes. J'ai même constaté un changement chez quelques-unes de mes anciennes collègues. Leur personnalité a changé; auparavant elles adoraient leur travail, maintenant elles sont tout simplement mécontentes à chaque quart de travail. C'est tellement difficile à voir parce que je sais que ce n'est pas qui elles sont – ou – ce n'est pas qui elles étaient. » – Outpatient clinic nurse*

### ***Les soins de santé de l'Ontario sont en manque de ressources***

Les soins de santé sont un enjeu important pour la population de l'Ontario qui est de plus en plus consternée par son érosion. Un sondage de CTV/Nanos Research menant aux élections provinciales de 2025 a révélé que les soins de santé étaient la priorité numéro un des électeurs.

Le Bureau de la responsabilité financière (BRF) de l'Ontario a publié un rapport comparant les dépenses du gouvernement de l'Ontario à d'autres provinces canadiennes. Ce rapport concluait que « les dépenses en santé par habitant(e) de l'Ontario étaient les plus basses au Canada et sous la moyenne d'autres provinces dans l'exercice financier 2022-2023 » (Draaisma, 2024).

L'Ontario s'enorgueillit du coût-efficacité de ses soins de santé. Un rapport de 2024 de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) (2024) affirme ceci :

Les budgets des hôpitaux de l'Ontario représentent les dépenses hospitalières les moins élevées par habitant(e) par un gouvernement provincial. Si l'Ontario devait financer les hôpitaux au taux moyen par habitant(e) des autres provinces, il en coûterait 3,7 milliards de dollars de plus à la province; en vertu du modèle de financement de l'Alberta, 4,5 milliards de dollars. Les hôpitaux de l'Ontario ont : les dépenses en soins de santé les moins élevées par habitant(e) par une province; les dépenses de programmes provinciales les moins élevées par habitant(e) par une province.

## ***Dotation en personnel et lits***

Il n'est pas surprenant, considérant son faible niveau de dépenses, que le système de santé de l'Ontario soit parmi les plus fragiles des provinces et territoires du Canada. L'Ontario compte moins de personnel hospitalier par habitant(e) que le reste du Canada, et les personnes qui y travaillent ont fait le plus grand nombre d'heures supplémentaires en dix ans (Institut canadien d'information sur la santé, 2022).

***« J'adorais travailler à l'unité réservée aux [patients hospitalisés] où j'étais. J'y ai travaillé pendant de nombreuses années et l'équipe en soi est excellente. Mais ils ont commencé à ne pas remplacer les personnes qui appelaient pour se déclarer malades, il nous manquait donc toujours trois infirmières, quatre infirmières. Dans le type d'unité où je travaillais, le ratio devrait être d'environ un pour quatre ou un pour cinq, mais ensuite il n'était pas rare que ce soit un pour six, un pour sept. Puis ils ont tout simplement éliminé un poste, de manière permanente, ça n'a donc qu'ajouté du stress. »*** – Une personne membre du personnel infirmier d'une clinique externe

Selon le chercheur Doug Allan (2023), « de moins en moins de dépenses hospitalières en Ontario sont destinées à la dotation en personnel. L'indemnisation du personnel comme part des dépenses hospitalières a continuellement diminué en Ontario... Les hôpitaux dans les provinces autres que l'Ontario ont maintenant 18 pour cent plus de personnel par habitant(e) que les hôpitaux de l'Ontario ».

Le nombre de lits d'hôpitaux est directement lié au niveau de dotation en personnel. Selon les données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2022-2023, l'Ontario avaient le moins de lits d'hôpitaux pourvus en personnel que tout autre territoire ou province au Canada. Un calcul basé sur les données relatives aux lits d'hôpitaux et à la population en 2023 de Statistique Canada montre qu'il y avait 2,23 lits par 1 000 habitant(e)s; la moyenne pour le reste du Canada était de 2,59. « À l'échelle internationale, l'Ontario est une exception – seule la Suède compte moins de lits d'hôpitaux par habitant(e). La moyenne parmi les pays riches est de 4,1 lits d'hôpitaux par 1 000 habitant(e)s. C'est 84 pour cent de plus qu'en Ontario. » (Hurley et Allan, 2025)

***« Chaque jour que je rentrais au travail, il y avait entre 20 et 40 patients non admis. Imaginez, 20 à 40! Ce sont des personnes couchées sur des civières. Des personnes âgées entre 60 et 90 ans, peu importe leur maladie, à l'urgence, dans n'importe placard dans un coin, partout où ils pouvaient trouver de la place, ils les y installaient. »*** – Une personne membre du personnel infirmier en salle d'opération

Les postes de personnel infirmier à pourvoir en Ontario sont les pires au pays « avec une augmentation de 43 pour cent des affichages de postes en soins infirmiers au cours de la période allant de 2022 à 2024 » (Legace, 2024). On prévoit que les pénuries de personnel augmenteront de façon importante au cours des prochaines années. Un rapport du Bureau de la responsabilité financière (BRF) de l'Ontario (2023) précise que d'ici 2027-2028 « le BRF prévoit une pénurie de 33 000 membres du personnel infirmier et de PSSP [préposé(e)s aux services de soutien à la personne]. Ces pénuries d'infirmières et d'infirmiers et de PSSP mettent en péril l'aptitude de l'Ontario à maintenir les programmes actuels et à remplir ses engagements d'élargir les programmes ».

La population est tout à fait consciente des pénuries de personnel et en est préoccupée. Une enquête effectuée par Nanos en 2025 rapportait que « plus de quatre Ontarien(ne)s sur cinq (soit 84 pour cent) croient qu'il n'y a pas assez de personnel présentement dans les hôpitaux ».

## ***Temps d'attente***

Dépendamment de l'endroit où ils se trouvent, les patient(e)s de l'Ontario pourraient devoir attendre longtemps avant de pouvoir consulter un spécialiste, être opérés, subir une imagerie diagnostique, recevoir des soins à l'urgence, avoir des lits à l'hôpital, recevoir des soins de longue durée – même obtenir des rendez-vous avec un médecin de famille.



**« Le service des urgences est débordé; la situation est tellement grave que lorsqu'un patient arrive, reçoit-il vraiment le traitement adéquat? Non, parce qu'il n'y a pas de lits, donc on retourne les patients à la maison alors qu'ils auraient dû être admis. »** – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie

Les services des urgences de tant d'endroits sont des scènes apocalyptiques d'engorgement et de souffrance humaine. Selon le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (2023), bien que les patient(e)s qui ont besoin de soins urgents qui pourraient sauver leur vie sont habituellement vus en temps opportun, de nombreux autres patient(e)s attendent pendant de longues heures. L'admission à partir de l'urgence vers un lit pour malades hospitalisés peut prendre 24 heures ou plus, dépendamment de l'endroit. Un article d'enquête du Toronto Star a mentionné ceci : « Un rapport provincial interne... préparé par Santé Ontario, mais qui n'a pas été rendu public », qui révélait que « les patient(e)s qui se sont rendus à l'urgence au cours des trois dernières années ont attendu plus longtemps qu'au cours des 13 dernières années » (Wallace et Ogilvie, 2025).

Il y a des coûts humains et financiers à de tels retards. La recherche montre que les délais d'admission à partir de l'urgence peuvent augmenter le risque de décès (Jones et al., 2022). « Des pressions dans le système et les longs temps d'attente ont entraîné des diagnostics tardifs ou manqués, faisant en sorte que des patient(e)s sont retournés à l'urgence en moins bonne santé. » (Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2023)

Un nouveau rapport du réseau anglophone de la SRC (CBC) a révélé que, en 2024, il y a eu un nombre record de fermetures d'urgences : « Il y a eu des fermetures non planifiées dans un hôpital sur cinq ayant un service d'urgence ou un centre des soins d'urgence. » (Ireton et Ouellet, 2024) Selon les données obtenues par CBC, « la cause principale des fermetures des urgences a été une pénurie d'infirmier(ère)s, représentant plus de 85 pour cent de toutes les heures où les services étaient fermés ».

De telles fermetures, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, étaient très rares avant 2019-2020 (Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2023). De plus, il « n'y a pas de stratégie provinciale et centralisée exhaustive pour aider les hôpitaux à maintenir des niveaux de dotation en personnel infirmier permettant d'éviter les fermetures ou de réduire la durée des fermetures ».

De surcroît, « les données internes du gouvernement » révèlent que la médecine de couloir en Ontario est « pire que jamais » (Chamandy, 2024). Elle a essentiellement doublé entre 2017 et 2024. « En janvier 2024, près de 2 000 patient(e)s par jour en moyenne étaient gardés dans des espaces non conventionnels dans les hôpitaux des quatre coins de la province », comme des corridors, des salles de pause et des espaces de rangement.

La pénurie de médecins de famille dans la province ne fait qu'aggraver davantage la capacité d'hospitalisation, ce qui laisse les patient(e)s sans autre recours que d'utiliser les services des urgences. Dans de nombreux cas, les délais les rendent encore plus malades. « Beaucoup trop d'Ontarien(ne)s, soit un nombre impressionnant de 2,3 millions de personnes, se retrouvent déjà sans médecins de famille et on s'attend à ce que ce nombre double en deux ans seulement » (Ontario Medical Association [Association médicale de l'Ontario], 2024). Selon le Bureau du vérificateur général de l'Ontario, « un patient(e)s sur cinq se rend à l'hôpital parce qu'il n'a pas de médecin de famille — et bon nombre de ces cas étaient pour des soins non urgents » (Chamandy, 2024).

Le manque de soins à domicile adéquats est un autre facteur qui contribue à la congestion des urgences.

**« Il n'y a pas d'infirmières dans le système de soins à domicile, le système de soins à domicile n'est pas financé, ils se rendent donc à l'urgence. Ils ne passent pas leurs journées à la maison; ils passent leurs journées dans des lits d'hôpitaux avec une infirmière qui a sept patients. Donc, vous pouvez vous imaginer – plus de plaies de lit, beaucoup de prescriptions de médicaments. »** – Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie

Un autre facteur est la pénurie de lits dans les soins de longue durée. Selon l'Ontario Long Term Care Association (Association des soins de longue durée de l'Ontario) (OLTCA, 2025), il y a une grave pénurie d'infirmier(ère)s et de préposé(e)s aux services de soutien à la personne (PSSP), et on s'attend à ce que les besoins augmentent de façon dramatique. « Près de 48 000 personnes attendent présentement de recevoir des soins de longue durée... Plus de la moitié des personnes âgées attendent 126 jours ou plus pour avoir accès à des soins de longue durée, certaines attendent même jusqu'à 2,5 ans. »

Tout dépendamment de l'endroit où ils se trouvent dans la province, les patient(e)s peuvent attendre pendant des mois, voire même des années, pour des interventions chirurgicales non urgentes (de Jager et al., 2024). De nombreux temps d'attente s'expliquent par la pénurie de personnel infirmier. Par exemple, la dotation en personnel infirmier a contribué aux longs temps d'attente pour une intervention chirurgicale au Hamilton Health Sciences où, en 2023, il y avait une pénurie de 731 infirmier(ère)s (Coalition ontarienne de la santé, 2023).

*« Beaucoup de nos infirmier(ère)s ont quitté. La pénurie de personnel est maintenant importante à notre service de soins intensifs. Il y a moins d'infirmières pour prendre soin des patients qui arrivent de l'urgence et les interventions chirurgicales débordent. » – Une personne membre du personnel infirmier d'une unité de traumatologie*

Selon un rapport du Centre canadien de politiques alternatives (CCPA), « il n'y a pas un manque d'espace physique et d'équipement en Ontario pour améliorer les temps d'attente pour les interventions chirurgicales et l'imagerie médicale; ce qu'il manque, c'est la main-d'œuvre des soins de santé nécessaire pour faire le travail » (Longhurst, 2023).

## **Privatisation**

La privatisation des soins de santé s'accroît régulièrement. Elle menace le système public et les principes mêmes d'équité et d'accessibilité sur lesquels le système a été fièrement fondé. La population est en désaccord avec cette tendance. Par exemple, une enquête de 2025 de Nanos a révélé que « les Ontarien(ne)s [73 pour cent] préfèrent que le gouvernement priorise les dépenses pour les hôpitaux publics plutôt que pour les cliniques privées ». Plusieurs différents types de privatisation ont lieu.

De nombreux services, comme les services de buanderie et alimentaires dans les hôpitaux, sont maintenant exploités par le secteur privé. De nombreux autres services essentiels, comme les laboratoires médicaux, sont privés. « En Ontario, il y a présentement environ huit cent (800) établissements de santé autonomes qui offrent principalement des services de diagnostic comme les rayons X, les ultrasons et les études sur le sommeil. Environ 25 établissements de santé autonomes offrent d'autres services, dont des interventions chirurgicales comme la cataracte et la chirurgie plastique, ainsi que la dialyse » (Syndicat canadien des employées et employés professionnels et de bureau [SEPB], 2024).

De nombreux établissements de soins de longue durée et services de soins à domicile appartiennent au secteur privé. Selon le SEPB, « l'expansion de la privatisation des soins de santé entraîne de plus grandes pénuries de personnel en poussant des travailleuses et travailleurs de la santé qualifiés des hôpitaux publics vers les cliniques privées ».

*« La privatisation ne fera qu'une seule chose. Elle éloignera toutes les bonnes infirmières des soins de santé publics... Elles seront très bien payées, auront les meilleures heures de travail, les meilleurs médecins... Et cela vous laissera avec un système public qui est dans une position encore pire qu'en ce moment. » – Une personne membre du personnel infirmier en salle d'opération*

C'est également chose courante pour les nouveaux hôpitaux d'être établis en partenariats public-privé (PPP), partenariats en vertu desquels les hôpitaux sont construits par le secteur des entreprises, qui sont également propriétaires de ces mêmes hôpitaux, mais loués par le gouvernement pour une période de temps. Cependant, selon le Centre canadien de politiques alternatives (CCPA), « malheureusement, le modèle de PPP coûte invariablement plus cher que l'approvisionnement traditionnel » (Robinson, 2019).

*« Ils nous ont construit un nouvel établissement, mais le nombre de lits que nous avons est inférieur à ce que nous avions, et dans nos anciens établissements on avait déjà des gens dans les corridors. On savait donc qu'on allait avoir des problèmes. Ils avaient estimé que 75 000 personnes visiteraient l'urgence à chaque année. Nous avons une moyenne de 55 000 à 65 000 visites à ce moment-là. En ce moment, notre moyenne se situe entre 95 000 et 115 000 visites par année. On n'a pas le personnel. On n'est même pas proche de pouvoir l'avoir. Ils n'ont même pas le budget pour. » – Une personne membre du personnel infirmier en salle d'opération*

Une autre manifestation de la corporatisation à but lucratif est la croissance de la propriété du capital-investissement des établissements de soins de santé. D. Raza et K. S. Palmer (2024), deux chercheurs canadiens en matière de soins de santé qui ont étudié la croissance du capital-investissement ont affirmé ceci : « Partout dans le monde, les sociétés de financement par capitaux propres sont de plus en plus actives dans la propriété d'entreprises de soins de santé. Au Canada, elles sont propriétaires d'établissements de soins de longue durée et d'un nombre de plus en plus important de centres de chirurgie à but lucratif. » Ils expliquent également ceci : « Le plus grand réseau national de centres chirurgicaux indépendants – composé de 53 salles d'opérations dans 14 villes du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique – appartient à une seule société de financement par capitaux propres, un quasi-monopole. » Il y a une inquiétude quant à la qualité des soins offerts en vertu d'une propriété du capital-investissement. Des études ont indiqué qu'elles sont « associées à des coûts plus élevés pour les contribuables et les patient(e)s, en plus d'offrir des résultats mitigés ou pires pour les patient(e)s ». Une des raisons qui l'explique pourrait être liée aux niveaux de dotation en personnel. Un examen systématique par A. Borsa et al. (2023) d'études publiées examinant les conséquences d'une propriété du capital-investissement des soins de santé a conclu ceci : « La propriété du capital-investissement a été associée à des niveaux de dotation en personnel infirmier réduits ou une compétence collective des infirmier(ère)s inférieure. Aucune conséquence systématiquement bénéfique de la propriété du capital-investissement n'a été identifiée. »

En 2023, l'Ontario a promulgué le projet de loi 60, *Loi concernant votre santé*, qui permet une expansion de la privatisation (Assemblée législative de l'Ontario, 2023). C'est présenté comme une façon de réduire les temps d'attente et la médecine de couloir, mais, en fait, selon le CCPA, « il est peu probable que l'expansion du secteur à but lucratif fasse l'un ou l'autre; la capacité dépend de la disponibilité du personnel qualifié, qui demeure inchangé avec l'ajout des profits » (Longhurst, 2023). Cela augmente également le temps d'attente pour les interventions chirurgicales. Le rapport du CCPA émet un avertissement : « L'expansion de la sous-traitance risque d'aggraver les pénuries de personnel dans les hôpitaux publics qui sont responsables des temps d'attente plus longs. Les interventions chirurgicales et les services de diagnostic à but lucratif se font aux dépens des hôpitaux publics et minent les efforts visant à réduire à long terme les temps d'attente pour les interventions chirurgicales. »

Comme l'expliquent les chercheurs canadiens Pat et Hugh Armstrong (2023) :

La [privatisation] ne fera qu'offrir un accès plus rapide aux personnes qui ont les moyens financiers de payer des frais supplémentaires. Elle éloigne également du personnel du système public, augmentant ainsi davantage les temps d'attente et érodant les soins. Cette privatisation constante a eu de graves conséquences pour l'accès au système de santé publique et le soutien de ce dernier, tout en incorporant des techniques de gestion des profits et à but lucratif dans les services de soins de santé.

Une autre forme de privatisation ce sont les agences privées de soins infirmiers qui, comme il a été démontré, sont néfastes pour les soins dans le système public de plusieurs façons. Elles sont, en général, plus coûteuses puisque leur but est de générer des profits. Selon le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (2023), l'utilisation d'infirmier(ère)s d'agences privées augmente et il « n'y a pas de loi qui plafonne le montant que les agences de dotation en personnel privées peuvent facturer aux hôpitaux. Nous avons constaté que les salaires des infirmier(ère)s de ces agences étaient beaucoup plus élevés que ceux versés aux infirmier(ère)s permanents à temps plein dans les hôpitaux ».

Il peut également être déstabilisant et inefficace d'introduire du personnel de l'extérieur. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) (2024) a mené une recherche approfondie sur l'utilisation de telles agences partout au pays; elle a conclu que la « nature transitoire des contrats d'agences » déstabilise les équipes soignantes.

*« Tu n'as pas la continuité. Tu n'as pas la régularité. Les gens qui connaissent le système, connaissent la population de patients, connaissent les tenants et aboutissants des choses, ne sont pas là régulièrement. »*  
– Une personne membre du personnel infirmier d'une unité de dialyse

La FCSII a également conclu que l'utilisation d'infirmier(ère)s d'agences augmente la « charge de travail des infirmier(ère)s permanents » et ajoute aux fardeaux administratifs de la direction.

*Ils essaient de faire en sorte que l'on considère que ce système n'est pas suffisant en soi et que nous pouvons corriger la situation en privatisant. Mais ça ne fonctionne pas. Je l'ai vu. J'ai déjà travaillé dans un bureau de ressources en soins infirmiers. Essentiellement, je pourvoyais en personnel les unités où il y avait un manque de personnel. Nous avons un bassin d'infirmières embauchées au sein de notre hôpital afin que nous n'ayons pas à utiliser des infirmières d'agences parce qu'ils payaient les infirmières d'agences trois fois le montant d'argent qu'une IA ou une IAA normale recevait de l'heure. »* – Une personne coordonnatrice des patient(e)s hospitalisés

Il a été suggéré que l'érosion continue du système public ainsi que la frustration, la souffrance, la peur et la colère qui s'ensuivent ont été introduits pour ouvrir la voie au nouveau système à deux vitesses. Comme l'a affirmé Noam Chomsky dans le cadre d'une conférence présentée à l'Université de Toronto en 2011 : « C'est la technique standard de la privatisation : couper dans le financement, s'assurer que les choses ne fonctionnent pas, les gens se fâchent, vous donnez le tout au marché des capitaux privés ».



C'est une perspective inquiétante. Il est maintenant bien établi que des soins de santé financés et administrés par l'État améliorent la santé globale de la population et améliorent la longévité de façon significative – d'autant que dix ans (Galvani-Townsend, 2022). Bien que les nombreux déterminants sociaux de la santé puissent affecter la longévité, il est intéressant de mentionner qu'aux États-Unis, où les soins de santé sont privés, l'espérance de vie des femmes en 2022 était de 79 ans comparativement à 84 au Canada et l'espérance de vie des hommes aux États-Unis était de 73 ans comparativement à 80 au Canada (Statista, 2025).

*« Nous avons déjà un système de santé. Pourquoi ne pas tout simplement investir tout cet argent que vous voulez investir dans le système privé et l'injecter dans le système public? D'où viendra le personnel? Nous pouvons à peine conserver le personnel hospitalier dans le système public présentement – et puis dans un système privé? Ça ne fait pas de sens. »* – Une personne membre du personnel infirmier d'une clinique externe



Le Canada dépense déjà plus en soins de santé privés que la plupart des autres pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2024) :

En 2022, au Canada, la part des dépenses de soins de santé de source privée s'élevait à 28,8 pour cent, dépassant la moyenne de l'OCDE (25,3 pour cent) et plaçant le Canada dans le quart supérieur des pays de l'OCDE. Les dépenses du secteur privé se composent principalement des dépenses directes des ménages et des paiements volontaires d'assurance maladie. Comparé à des pays similaires de l'OCDE, le Canada se classe devant l'Allemagne (13,3 pour cent), la France (15,3 pour cent) et la Nouvelle-Zélande (19,2 pour cent).

## Discussion

Les entrevues menées auprès des travailleuses et travailleurs de la santé qui ont été utilisées dans le cadre de cette analyse et les résultats des sondages et des enquêtes ont brossé un portrait d'un travail de plus en plus exigeant, d'une diminution de l'aide proposée, d'un sentiment croissant d'impuissance et de désespoir, d'une plus grande démoralisation, de taux accrus de blessures, de fatigue, d'épuisement professionnel et de désespoir. Bon nombre d'infirmier(ère)s avec lesquels nous avons parlé se sentent méprisés par leurs employeurs et abandonnés par le gouvernement, ce qui fut particulièrement le cas pendant la pandémie. Que le problème soit la violence dont le personnel est victime, les facteurs de stress causés par la pandémie, ou la santé mentale, le manque de personnel était propulsé en tête de liste des facteurs qu'ils considéraient comme étant des facteurs déterminants.

Bon nombre d'infirmier(ère)s ont exprimé être angoissés par leur incapacité à offrir de manière systématique les soins qu'ils savaient que leurs patient(e)s avaient besoin. Certains craignaient être à risque de mesures disciplinaires de la part de leur employeur et même de l'Ordre des infirmières et infirmiers parce qu'ils sont incapables de remplir leur mandat. Ils sont nombreux, particulièrement dans le cadre des entrevues les plus récentes, à avoir parlé du nombre grandissant de congés de maladie qu'ils et leurs collègues de travail doivent prendre. Ils ont parlé de leur besoin de prendre des antidépresseurs et des somnifères, ainsi que des conséquences de leur stress et de leur extrême fatigue sur leurs familles, d'autres relations et leurs activités en dehors du travail. Ils sont nombreux à avoir dit qu'ils voulaient tout simplement quitter, mais rester presque exclusivement pour des raisons économiques. Ils ont dit que leur amour du métier et leur compassion à l'égard de leurs patient(e)s ont été érodés. Ils ont dit qu'ils étaient préoccupés que le bien-être du système public est sacrifié pour améliorer la croissance des services de santé à but lucratif. Leurs recommandations incluaient : un meilleur financement pour le système public, une meilleure dotation en personnel, une meilleure capacité d'hospitalisation, une réduction des temps d'attente pour les patient(e)s à l'urgence, pour des interventions chirurgicales et d'autres soins, des soutiens en santé mentale, des salaires



Photo credit: BC Nurses' Union.



Photo credit: Australian Nursing Federation (Victorian Branch) 'Respect our Work' rally to save ratios, November 2011. Photo: Mark Munro.

Unions in other jurisdictions have successfully campaigned for nurse-to-patient ratios

équitable, une indemnisation équitable pour les accidents de travail et les maladies professionnelles, dont le TSPT, des horaires stables, un plus grand respect, une reconnaissance et un engagement, une protection musclée contre les mauvais traitements, la violence et d'autres risques pour la santé et la sécurité, des mesures incitatives pour la formation, comme l'abandon des frais de scolarité, ainsi que divers soutiens. Ils ont affirmé à l'unanimité que le système public a besoin de plus d'infirmier(ère)s.

Les conclusions de recherches universitaires exhaustives démontrent que les niveaux de dotation en personnel infirmier minimums, comme les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums, améliorent la sécurité des patient(e)s, y compris le risque d'infections, de blessures et de décès, réduisent la durée des séjours à l'hôpital et réduisent le risque de réadmission, préviennent l'épuisement professionnel, les maladies et les blessures chez le personnel (incluant des suites de la violence) et atténuent l'attrition. Ils améliorent également la confiance du personnel et de la population et permettent au système de santé d'économiser de l'argent. Dans les juridictions où les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont en place depuis plusieurs années, comme en Californie et en Australie, les études montrent de façon concluante qu'ils ont affecté de manière positive les résultats sur le bien-être des patient(e)s et des infirmier(ère)s. Ils ont également permis le retour d'infirmier(ère)s à la profession qu'ils avaient quittée en raison du surmenage et ils améliorent le recrutement, atténuant ainsi le manque de personnel. Des études montrent également que l'amélioration de conditions de travail autres que les niveaux de dotation en personnel a un effet positif sur les niveaux de satisfaction des infirmier(ère)s quant à leur travail et sur la conservation du personnel.

Chacun des exemples de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums présentés – Californie, Queensland, Victoria, Oregon et C.-B. – comprend des IA et des IAA ou des professions équivalentes dans ses ratios, dispose d'un comité directeur qui s'occupe de la planification et de l'évaluation et comprend une flexibilité pour des circonstances exceptionnelles. Certains imposent des pénalités, tandis que d'autres laissent la gestion au comité directeur. Certains prévoient des exemptions ou des délais pour les permis pour les hôpitaux ruraux, etc. Certains couvrent seulement les hôpitaux de soins actifs, tandis que d'autres incluent les soins de longue durée et les soins communautaires. D'autres modèles de dotation en personnel, comme le cadre de dotation en personnel infirmier et la composition des compétences (Nurse Staffing and Skill Mix Framework) de la Nouvelle-Écosse, possèdent des caractéristiques similaires.

Il est possible de régler la crise dans les soins de santé. Il est possible de remédier à la pénurie de personnel infirmier chronique. Il y a des solutions. La pénurie de personnel infirmier est directement liée à des décennies de décisions économiques chroniques guidées par l'austérité, un financement gouvernemental inadéquat et une restructuration du travail. Il existe une abondance de littérature établissant ce phénomène de causalité. Cela a une profonde incidence sur les soins aux patient(e)s. Après avoir examiné les données de 300 hôpitaux de neuf pays européens, Linda Aiken et al. (2014) ont affirmé ceci : « Les mesures d'austérité et la refonte du système de santé pour minimiser le risque de dépenses pour les hôpitaux [affectent] négativement les résultats pour les patient(e)s. »

Le respect et le soutien des infirmier(ère)s sont impératifs afin de prévenir l'attrition. Le British Columbia Nurses' Union (2024a) précise ceci :

Lorsque les infirmier(ère)s se sentent soutenus dans leur travail, ils sont moins nombreux à quitter la profession en raison de l'épuisement professionnel et du désespoir. La recherche montre que les deux tiers des infirmier(ère)s qui travaillent affirment qu'ils sont plus enclins à continuer de travailler si des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont mis en œuvre. Peu après que les ratios infirmier(ère)-patient(e)s aient été mis en œuvre en Californie, de nombreux hôpitaux ont vu les postes d'infirmier(ère)s vacants diminuer sous la barre de 5 pour cent, bien en deçà de la moyenne nationale. Dans la capitale de Sacramento, les postes vacants ont diminué de 69 pour cent en quatre ans. Dans le même ordre d'idées, quelques années après la mise en œuvre de ratios infirmier(ère)-patient(e)s en Australie, les postes vacants d'infirmier(ère)s étaient presque entièrement éliminés, alors que plus de 7 000 infirmier(ère)s inactifs sont retournés à la profession.

*« Je ne crois pas que mon gestionnaire m'ait jamais dit que j'ai fait du bon travail et je ne crois pas qu'un patient m'ait jamais dit merci... Et c'est correct, mais éventuellement, après que vous croyez avoir donné votre 110 pour cent à ces gens, les avoir aimés et avoir pris soin d'eux, et être leur famille quand leurs familles étaient absentes, au final, ça vous épuise... Et tu regardes tes patients te glisser des doigts et être tellement malades. » – Une personne membre du personnel infirmier en réadaptation orthopédique*

Le rapport exhaustif de la FCSII au sujet de la dotation en personnel infirmier (Scott-Marshall, 2023a) souligne de nombreux métiers au Canada où les heures de travail, qui sont directement liées aux niveaux de dotation en personnel, sont restreintes pour des raisons de sécurité publique.

Bien que les risques pour la santé et la sécurité au travail de longues heures de travail et de la fatigue professionnelle soient mentionnés comme preuve pour les restrictions gouvernementales quant aux heures de travail dans les industries où la sécurité est essentielle, comme les secteurs du transport, de l'aviation et de l'industrie nucléaire, à ce jour, les soins de santé demeurent en grande partie non réglementés... les règles fédérales relatives aux heures de travail exigent que les exploitants des industries où la sécurité est essentielle aient des protocoles spécifiques de gestion des risques liés à la fatigue du personnel.

Les entrevues des participant(e)s présentées dans le rapport de la FCSII (Scott-Marshall, 2023) incluaient des infirmier(ère)s et des parties prenantes, et le rapport résumait leurs idées pour des améliorations :

Il y a un consensus général parmi les participant(e)s à l'effet que les heures de travail excessives en soins infirmiers découlent d'un problème systémique plus vaste, soit qu'il y a trop peu d'infirmier(ère)s qui travaillent dans le système public. Par conséquent, de l'avis général, assurer des heures de travail sécuritaires nécessite une planification à long terme pour régler le problème de pénuries de personnel... les participant(e)s ont affirmé que [cela] aiderait à atténuer les conséquences de l'augmentation des charges de travail et des heures de travail non sécuritaires, tout en prévenant l'attrition chez les infirmier(ère)s : la réglementation des infirmier(ère)s d'agences; des ratios infirmier(ère)-patient(e)s obligatoires; et des efforts au lieu de travail pour promouvoir des conditions de travail saines et le bien-être des infirmier(ère)s.

Dans leur examen de 2023 de la pénurie de personnel infirmier au Canada, H. E. Ben-Ahmed et I. L. Bourgault ont affirmé que la stratégie première pour conserver les infirmier(ère)s était de réduire les charges de travail actuelles. Après avoir examiné les résultats des enquêtes auprès des participant(e)s, ils ont conclu qu'une des principales recommandations était la création « d'une politique en matière de ratio infirmier(ère)-patient(e)s minimale ou d'une norme de soins minimale » enchâssée dans une loi. La création d'environnements de travail sécuritaires arrivait bonne deuxième. Cela impliquerait de s'attaquer à l'épidémie de l'incivilité et de la violence à l'égard du personnel infirmier.

Il n'y a pas de niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires ou enchâssés dans une loi présentement en Ontario. La députée provinciale France Gélinas, porte-parole en matière de santé du NPD de l'Ontario, le parti de l'opposition, a déposé le projet de loi 192, Loi sur les ratios patients-personnel infirmier dans les hôpitaux, en mai 2024, qui exige des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums, affirmant que ce sera « une solution qui serait très utile pour mettre fin à l'épuisement professionnel du personnel infirmier dès maintenant ». Malheureusement, le projet de loi a été rejeté à sa deuxième lecture le mois suivant (Assemblée législative de l'Ontario, 2024).

L'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) (2025) a réfuté publiquement les mérites des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums, soutenant qu'ils restreignent le modèle de décisions au sujet de la dotation en personnel en temps réel (Real-Time Staffing Decisions) qu'ils affirment suivre. Voici ce qu'affirme l'OHA :

À notre avis, des ratios infirmier(ère)-patient(e)s fixes limitent la capacité des hôpitaux de calibrer la dotation en personnel en fonction d'une multitude de facteurs (c.-à-d., les besoins changeants des patient(e)s, des IA et autres travailleuses et travailleurs de la santé, ainsi que des facteurs environnementaux) afin d'équilibrer la



charge de travail et de répondre aux besoins des patient(e)s. La rigidité d'un modèle de dotation en personnel fixe pour les IA est un mode de pensée archaïque du 20<sup>e</sup> siècle, à une période où les hôpitaux de l'Ontario innovent pour répondre aux demandes et aux complexités du 21<sup>e</sup> siècle.

L'OHA prétend que la technologie est un mécanisme de plus en plus important et rentable pour répondre à la demande accrue pour des soins de santé. Elle propose une accélération du développement et de l'utilisation de l'intelligence artificielle et d'autres outils technologiques comme mécanisme pour fonctionner avec un personnel de la santé limité, affirmant ceci : « Nous ne pouvons pas rester prisonniers de nos anciennes façons de penser à l'effet que n'avons qu'à embaucher pour régler nos problèmes. » Bien que la technologie joue un rôle, ça n'élimine pas la nécessité de maximiser le personnel infirmier de première ligne. Les soins personnels essentiels aux résultats pour les patients ne peuvent pas être fournis par la technologie. Les chercheurs J. A. T. Pepito et al. (2023) ont affirmé ceci : « Les développements technologiques continueront de croître rapidement au cours des prochaines années, mais de bonnes pratiques de soins continuent d'être fermement enracinées dans les soins axés sur la personne... La touche personnelle des infirmier(ère)s restera toujours un élément irremplaçable de la compassion dans les soins infirmiers. »

De plus, l'OHA n'illustre pas avec précision la nature des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums comme ils ont été mis en œuvre dans d'autres juridictions. Ce sont des normes minimales et ces niveaux ne sont pas aussi rigides que l'OHA l'affirme, mais ils doivent être considérés comme étant une base de référence absolue. Ils doivent être flexibles pour répondre à des conditions comme des éclosions, une acuité accrue et les besoins de la population locale. On doit tenir compte de telles éventualités dans les emplois de la main-d'œuvre. Selon le gouvernement de la C.-B. (2024), sa politique de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums comprend une souplesse raisonnable afin de s'adapter à des changements de situation. Il affirme ceci :



Les ratios sont absolus à l'échelle des unités et édictent le nombre total d'infirmier(ère)s que l'on doit prévoir à l'horaire par quart de travail. La mise en œuvre de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums s'emploiera à garantir que les affectations de patient(e)s sont toujours adaptées et faites en respectant les ratios. Parfois, les affectations de patient(e)s ne seront pas faites en respectant les ratios en raison de changements imprévus quant à l'acuité et/ou l'intensité des patient(e)s, ce qui nécessitera que les équipes soignantes travaillent ensemble pour offrir des soins sécuritaires aux patient(e)s alors que des efforts immédiats seront faits pour assurer que toute charge de travail additionnelle quant aux affectations de patient(e)s au sein des unités respecte les ratios. L'infirmier(ère) responsable joue un rôle clé dans la coordination des affectations de patient(e)s.

Une flexibilité semblable existe en Californie. Comme Sara Oakman (2023), agrégée supérieure de recherches et directrice de la Health Equity and Reform at the US Century Foundation (Équité en santé et réforme de la santé de la fondation Century des États-Unis), l'explique :



Les hôpitaux qui ne respectent pas les exigences en matière de ratios sont mis à l'amende, mais il y a des exemptions à ces répercussions et limites à l'application. Les hôpitaux ne sont pas mis à l'amende si les fluctuations quant à la dotation en personnel sont imprévisibles et incontrôlables, et que des efforts sont faits pour les régler. Les hôpitaux ruraux peuvent demander une exemption.

Les lois quant aux ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums adoptées récemment en Oregon permettent également aux hôpitaux de s'écarter temporairement des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums, en respectant des limites, lors de situations exceptionnelles ou d'urgence, comme une épidémie ou un grand nombre de blessés (Oregon Nurses Association, 2024).

Tel que discuté, la Nouvelle-Écosse est la deuxième province canadienne à avoir les dispositions pour régler les pénuries de personnel infirmier et, dans ce cas-ci, c'est une politique négociée. Elle est également flexible. Les niveaux de dotation en personnel doivent être déterminés par un comité consultatif sur la dotation en personnel infirmier (Nurse Staffing Advisory Committee). Comme l'explique la Nurses Association of Nova Scotia (Association des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse) (2024) :

La charge de travail d'un(e) infirmier(ère) sera déterminée par le ratio d'heures de soins infirmiers par jour-patient(e) (ratios de patient(e)s). La Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et le Centre de santé IWK fourniront un profil de toutes les unités et le nombre actuel d'infirmier(ère)s travaillant à chaque quart comme point de départ convenu. Les employeurs et le syndicat élaboreront ensuite un cadre qui détermine le nombre approprié d'infirmier(ère)s pour chaque unité aux quatre coins de la province. Cette approche reconnaît que les unités ne sont pas toutes les mêmes et que différentes populations de patient(e)s nécessitent différents niveaux de soins infirmiers offerts par des compétences collectives spécifiques tout en offrant également un niveau de personnel infirmier garanti. Lorsque ces chiffres ne seront pas respectés, les infirmier(ère)s pourront dénoncer officiellement les problèmes quant à la dotation en personnel, problèmes qui seront rapportés au comité consultatif sur la dotation en personnel infirmier nouvellement formé. Le comité conjoint déterminera alors le nombre approprié d'infirmier(ère)s pour l'unité.

De plus, le plan de gestion de l'OHA ne tient pas adéquatement compte du bien-être des infirmier(ère)s. Une abondante littérature scientifique a démontré de manière exhaustive une crise généralisée d'épuisement professionnel, de fatigue et d'attrition parmi les infirmier(ère)s de l'Ontario. L'approche technocratique proposée, qui découle du sous-financement guidé par l'austérité, ne peut qu'exacerber la crise actuelle.

*« Je sais qu'ils ont les mains liées avec le budget, mais c'est difficile de ne jamais se sentir soutenue, surtout quand tu fais part de tes préoccupations et qu'on ne fait que les écarter du revers de la main, comme si ce n'était rien, comme si ce n'étaient pas de réels problèmes alors qu'ils le sont. Quand tu rentres à la maison, ça t'affecte. Tu es fatiguée; tu as mal partout; tu as des ecchymoses partout; tu ne peux même pas porter de robe en public parce que tes jambes sont tellement blessées parce que, Dieu me pardonne, tu as trébuché sur un déambulateur parce que tu te dépêchais ou parce qu'un patient t'a donné un coup de pied ou t'a frappée, t'as rentré dedans avec son fauteuil roulant. Ça te suit à la maison; ça affecte comment tu interagis avec tes proches; ça affecte ta négativité. Mon amoureux m'a dit que je suis l'ombre de moi-même parfois. »*  
– Une personne membre du personnel infirmier des services de médecine générale et de chirurgie

À part l'établissement de niveaux de dotation en personnel infirmier, d'autres conditions de travail doivent être améliorées. Comme M. D. McHugh et al., (2020) l'ont affirmé : « Les avantages d'une meilleure dotation en personnel infirmier dépendent d'un bon environnement de travail; ainsi, investir dans plus de personnel sans tenir compte de l'environnement dans lequel ce personnel travaille pourrait ne pas satisfaire aux améliorations attendues. »

Par exemple, une importante étude menée en Pennsylvanie a déterminé que « des améliorations aux environnements de travail des infirmier(ère)s sont associées, avec le temps, à des taux d'épuisement professionnel inférieurs chez les infirmier(ère)s, une moins grande intention de leur part de quitter leur poste actuel et une moins grande insatisfaction quant à leur travail » (Kutney-Lee et al., 2023).

Les infirmier(ère)s doivent pouvoir travailler en fonction de leurs responsabilités et de leurs limites, être respectés, avoir du temps pour offrir des soins relationnels aux patient(e)s, être payés adéquatement et être protégés contre la violence et d'autres risques professionnels. Ils devraient avoir accès au perfectionnement professionnel et à la formation professionnelle sans devoir défrayer des coûts personnellement puisque cela améliore leur valeur pour leur employeur et les patient(e)s. En tant que chercheurs, M. D. McHugh et al. (2020) expliquent ceci :

La dotation en personnel infirmier est nécessaire mais n'est pas suffisante pour assurer de bons résultats. La recherche suggère que les hôpitaux où il y a de bons environnements de travail – où les infirmier(ère)s disposent d'une autonomie, ont des possibilités d'avancement, le soutien et la confiance de la direction, d'excellentes relations bâties sur le respect professionnel avec les collègues médecins et une participation active dans le processus décisionnel de l'organisation – offrent de meilleurs résultats pour les infirmier(ère)s et les patient(e)s.

Tel que discuté, les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums peuvent potentiellement ramener des infirmier(ère)s qui ont quitté leur emploi en raison de l'épuisement professionnel et de la frustration face au système. Le British Columbia Nurses' Union (2024b) affirme ceci :

Bon nombre des infirmier(ère)s nécessaires pour pourvoir notre système de santé sont autour de nous mais ont quitté le système actuel parce qu'ils ne sont pas prêts à tolérer les conditions de travail horribles et les exigences imposées par leur environnement de travail, ou sont incapables de le faire. Régler la pénurie de personnel est la clé pour régler ces problèmes.



*« Il y aura un exode massif des infirmières. Tout le monde prendra sa retraite. Ou elles quitteront les soins actifs et les hôpitaux pour faire du travail de soins infirmiers moins stressant physiquement. Quand ça se produira, il n'y aura plus personne sur l'étage. Quand tu tomberas malade et que tu iras à l'hôpital, il n'y aura personne pour t'offrir les soins adéquats. Les taux de décès et les taux d'infection augmenteront, on ne prendra pas soin des gens adéquatement et ce sera incontrôlable. Ça se produit déjà... je changerais le ratio infirmière-patients. Je changerais le salaire et, plus particulièrement, je réduirais l'écart entre les IAA et les IA afin que les IAA veuillent rester et se sentent appréciées. J'offrirais plus de soutien, plus de soutien en santé mentale pour la profession d'infirmière... et je m'assurerais qu'il y ait plus de personnel pour faire le travail. »*  
– Une personne membre du personnel infirmier en soins palliatifs

Comme le conclut Linda Aiken (2025) dans son rapport au sujet du besoin d'infirmier(ère)s en Ontario, la mise en œuvre de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums en Californie a énormément atténué la pénurie de personnel et pourrait faire de même en Ontario.

Les ratios infirmier(ère)-patient(e)s de la Californie étaient et sont toujours parmi les plus bas parmi les États des États-Unis. La Californie a adopté une loi comme celle qui était considérée en Ontario il y a plus de 20 ans. Un bon nombre de preuves montrent que la loi sur le niveau de dotation en personnel infirmier-patient(e)s obligatoire a réussi à ramener des infirmier(ère)s inactifs dans les hôpitaux de la Californie et à faire en sorte que des infirmier(ère)s à temps partiel fassent plus d'heures. Il y a donc un précédent pour une juridiction ayant des conditions d'effectif infirmier similaires à l'Ontario pour réussir à mettre en œuvre et à maintenir, avec le temps, une politique nécessitant un niveau de dotation en personnel infirmier sécuritaire sans avoir les conséquences néfastes indésirables pour la fermeture de services qui affecterait l'accès aux soins.

Des stratégies efficaces, comme une loi nécessitant suffisamment de tous les membres du personnel des soins de santé et spécialement des ratios infirmier(ère)-patient(e)s, sont requises de toute urgence pour régler les causes profondes du surmenage et du roulement de personnel parmi les travailleuses et travailleurs de la santé, en assurant la viabilité du système de santé de l'Ontario et le bien-être de sa main-d'œuvre.

## ***La voie à suivre***

Ceux qui ont proposé et obtenu des niveaux de dotation en personnel sécuritaires obligatoires ont dû surmonter des obstacles, y compris des arguments économiques infondés, des menaces de pertes d'emplois et la création de divisions parmi les classifications d'infirmier(ère)s. Bien que la preuve ait établi que de telles obligations sont sensées du point de vue économique, la véritable mesure incitative devrait être autour de valeurs de compassion axées sur les gens. À cette fin, la preuve montre également que des niveaux de dotation en personnel appropriés sont bons pour les patient(e)s, le personnel et les soins de santé.

Des niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires font partie d'un besoin plus grand. Le système de santé de l'Ontario vit de nombreux défis en ce moment. Davantage de médecins de famille sont nécessaires, médecins qui fourniraient les soins qui feraient en sorte que les patient(e)s n'auraient pas besoin de soins hospitaliers. Il est nécessaire d'avoir des soins communautaires et à domicile adéquats. Les patient(e)s des hôpitaux doivent être traités et on doit en prendre soin dans des lits qui sont dans des salles de traitement et des chambres, non pas dans les corridors. Les infirmier(ère)s et d'autres membres du personnel de la santé doivent avoir des soutiens en santé mentale adéquats. Le soutien qu'ils reçoivent de leurs programmes d'aide aux employés (PAE) pourrait ne pas être suffisant pour certains, spécialement étant donné que le stress et l'anxiété sont envahissants et constants.

Une infirmière travaillant avec des patient(e)s atteints de la COVID-19 nous a dit qu'elle espérait que la constatation de la situation quant aux mauvaises conditions de travail et au manque de personnel finirait par enfin changer les choses pour un système de santé qui semblait déjà avant même le début de la pandémie. Elle a affirmé ceci :

***« En fin de compte, le côté positif de cette pandémie est qu'elle a mis en lumière l'état lamentable actuel des soins de santé. Elle a mis cette situation en lumière, non seulement pour le gouvernement, mais également pour que la population voit vraiment ce qui se passe dans les hôpitaux et les soins de longue durée. Avec un peu de chance, une fois cette pandémie terminée, le gouvernement et les employeurs régleront ce qui ne fonctionne pas. »*** – Une infirmière des services de médecine générale et de chirurgie

Les travailleuses et travailleurs de la santé et la population des quatre coins de la province partagent l'espoir sincère exprimé par cette personne membre du personnel infirmier dévouée mais dépassée.

Les infirmier(ère)s et leurs représentant(e)s demandent s'il y a une volonté politique de faire ce qui doit être fait ou si les gouvernements transfèrent intentionnellement les soins de santé à l'industrie privée qui génère des profits plutôt que d'investir dans un système de santé publique de grande qualité qui priorise le bien-être des patient(e)s et du personnel?



# Conclusion

Le système de santé de l'Ontario est en crise. Les infirmier(ère)s et les patient(e)s subissent les conséquences du manque de financement et des mesures administratives sur les rendements. On prévoit que la pénurie de personnel infirmier déjà problématique augmentera alors que l'attrition se poursuit et que la demande pour des soins de santé augmente. Une vaste réorganisation des priorités est nécessaire. La recherche universitaire, ainsi que l'expérience et les points de vue des infirmier(ère)s eux-mêmes, montrent clairement que des niveaux de dotation en personnel infirmier minimums obligatoires, comme les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums, peuvent avoir des conséquences positives pour le personnel, les patient(e)s et le système de santé en général.





# Ressources

Il existe de nombreuses et excellentes ressources pour aider les gouvernements, les employeurs des soins de santé et les syndicats ou associations à développer des lois ou des politiques au sujet des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums ou d'autres politiques de dotation en personnel sécuritaires :

- la FCSII a créé deux rapports détaillés qui offrent de l'information sur la question des niveaux de dotation en personnel infirmier : « Ratios infirmières-patient(e)s » (voir McTavish et Blain, 2024a) et « Les heures sécuritaires sauvent des vies! » (voir Scott-Marshall, 2023).
- la FCSII a également souligné les lois et autres règlements au sujet des exigences en matière de dotation en personnel, dont des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums dans diverses juridictions partout dans le monde. Elle a également rassemblé, examiné et résumé la littérature démontrant l'importance d'une dotation en personnel sécuritaire pour les infirmier(ère)s et les patient(e)s (voir McTavish et Blain, 2024a);
- il y a de nombreux renseignements disponibles sur le site Web du BCNU en Colombie-Britannique, la première province au Canada à avoir mis en œuvre des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums : [www.bcnu.org](http://www.bcnu.org) (en anglais seulement) (voir British Columbia Nurses' Union, 2024a, 2024b; McTavish et Blain, 2024a, 2024b);
- l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO) a commandé un exposé de politique intitulé « Staffing Ratios and their Impact on the Health and Safety of Nurses » (Ratios de dotation en personnel et leur incidence sur la santé et la sécurité des infirmier(ère)s). Cet exposé, dont l'auteure est Linda Aiken (2025), se veut un examen exhaustif;
- il est possible de consulter la loi de la Californie au sujet des ratios infirmier(ère)-patient(e)s en ligne (État de la Californie, 1999);
- le National Nurses United (NNU) (2025b) offre plusieurs liens au sujet des ratios infirmier(ère)-patient(e)s de la Californie;
- un aperçu de la loi de l'Oregon au sujet des niveaux de dotation en personnel sécuritaires est offert par l'Oregon Nurses Association (ONA) (2024) et l'Oregon Health Authority (2024) présente une « Foire aux questions » (FAQ);
- la loi au sujet des ratios infirmier(ère)-patient(e)s de Victoria (Australie), soit la *Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Act 2015* (Loi de 2015 sur des soins sécuritaires aux patient(e)s (ratios infirmier(ères)-patient(e)s et sages-femmes-patient(e)s), est disponible auprès de l'administration de l'État de Victoria (2015);
- le gouvernement du Queensland (2018 b) offre de l'information au sujet des ratios infirmier(ère)-patient(e)s dans le Queensland (Australie) et des liens vers des ressources additionnelles.

Plusieurs enquêtes et sondages ont été effectués et ils présentent des preuves quant à la nécessité d'avoir des niveaux de dotation en personnel sécuritaires obligatoires.

- En 2023, Nanos Research a effectué un sondage auprès des membres du CSHO-SCFP. Les résultats du sondage sont accessibles à : <https://nanos.co/wp-content/uploads/2024/01/2023-2465-CUPE-OCHU-Members-survey-Populated-report-with-tabs.pdf> (en anglais seulement).
- WeRPN a produit « The State of Nursing in Ontario: A 2024 Review » (La situation des soins infirmiers en Ontario : Un examen de 2024) fondé sur les résultats du sondage mené auprès des membres. Vous pouvez y avoir accès en allant à : [www.werpn.com/wp-content/uploads/2024/05/StateOfNursing2024\\_Report\\_Final.pdf](http://www.werpn.com/wp-content/uploads/2024/05/StateOfNursing2024_Report_Final.pdf) (en anglais seulement).
- Statistique Canada a effectué un sondage en 2023 intitulé « Qualité de l'emploi et dynamique sur le marché du travail des travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19 ». Vous pouvez y avoir accès en allant à : [www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00007-fra.htm](http://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00007-fra.htm).

## AUTEURS

James T. Brophy, Ph. D., et Margaret M. Keith, Ph. D., sont des chercheurs en matière de santé au travail et de santé environnementale. Ils sont tous deux membres associés du corps enseignant du Département de sociologie de l'Université de Windsor en Ontario. James est tuteur au Département de sociologie de l'Université d'Athabasca en Alberta. Ce travail est la suite d'une recherche qu'ils mènent depuis plus de dix ans au sujet des conditions de travail dans le système de santé fragilisé de l'Ontario.

## REMERCIEMENTS

We thank Michael Hurley, Sharon Richer, and the members of OCHU/CUPE who supported this initiative. We are grateful to Pat and Hugh Armstrong for their groundbreaking research on Ontario's health care system and for providing us with suggestions and contacts. We are also thankful for the assistance Colleen Fuller and John Calvert provided; they generously shared their insights into the work of the British Columbia Nurses Union (BCNU) and its negotiated minimum nurse-patient ratios (mNPRs). We also wish to acknowledge Tyler Levitan and Alexandra Hamill of the Canadian Federation of Nurses Unions (CFNU) for providing valuable background information and inviting us to participate in their two-day symposium on mNPRs.



# Références

Affleck, E. et Wagner, J. E. (2022). *Structural determinants of health workforce burnout* (Déterminants structureaux de l'épuisement de la main-d'œuvre de la santé). *Healthcare Management Forum* (Forum sur la gestion des soins de santé), 35 (4), 243–247. <https://doi.org/10.1177/08404704221093889>

Aiken, L. H. (2025). *Staffing Ratios and their Impact on the Health and Safety of Nurses: A Policy Brief (Ratios de dotation en personnel et leur incidence sur la santé et la sécurité des infirmier(ère)s : un exposé de politique). Rapport préparé pour l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIO), 22 janvier 2024.* [https://ona.org/wp-content/uploads/2025/02/OntarioNurseStaffingBriefAiken\\_20250122.pdf](https://ona.org/wp-content/uploads/2025/02/OntarioNurseStaffingBriefAiken_20250122.pdf)

Aiken, L. H., Sloane, D. M., McHugh, M. D., Pogue, C. A. et Lasater, K. B. (2023). *A repeated cross-sectional study of nurses immediately before and during the COVID-19 pandemic: Implications for action* (Une étude transversale répétée des infirmier(ère)s immédiatement avant et pendant la pandémie de la COVID-19 : implications en matière d'action). *Nursing Outlook* (Perspectives en matière de soins infirmiers), (71) (1):101903. [http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(22\)00238-X/fulltext](http://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(22)00238-X/fulltext)

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., Diomidous, M., Kinnunen, J., Kózka, M., Lesaffre, E., McHugh, M. D., Moreno-Casbas, M. T., Rafferty, A. M., Schwendimann, R., Scott, P. A., Tishelman, C., van Achterberg, T., Sermeus, W. et consortium RN4CAST (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study* (Dotation en personnel infirmier, formation et taux de mortalité dans neuf pays européens : une étude observationnelle rétrospective). *Lancet (London, Angleterre)*, 383 (9931), 1824–1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., Spetz, J. et Smith, H. L. (2010). *Implications of the California nurse staffing mandate for other states* (Incidences du niveau de dotation en personnel infirmier obligatoire en Californie sur d'autres États). *Health Services Research* (Services de recherche sur la santé), 45(4), 904–921. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x>

Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. et Silber, J. H. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction* (Dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux et taux de mortalité chez les patient(e)s, épuisement professionnel des infirmier(ère)s et insatisfaction au travail). *Journal of the American Medical Association* (Journal de l'Association médicale américaine), 288 (16):1987–93. <https://doi.org/10.1001/jama.288.16.1987>

Alanazi, F. K., Lapkin, S., Molloy, L. et Sim, J. (2023). *Safety culture, quality of care, missed care, nurse staffing and their impact on pressure injuries: A cross-sectional multi-source study* (Culture de sécurité, qualité des soins, soins qui n'ont pas été donnés, dotation en personnel infirmier et leur incidence sur les plaies de pression : une étude transversale de sources multiples). *International Journal of Nursing Studies Advances* (Journal international sur les percées en soins infirmiers), 5, 100125. <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2023.100125>

Allan, D. (2023). *Ontario Hospital Crisis: No Capacity, No Plan, No End* (Crise dans les hôpitaux de l'Ontario : aucune capacité, aucun plan, aucune fin). *The Bullet*. <https://socialistproject.ca/2023/12/ontario-hospital-crisis-no-capacity-no-plan-no-end/>

American Association of Critical-Care Nurses (2020). *Recognize and Address Moral Distress* (Reconnaître et s'attaquer à la détresse morale). <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/clincial-resources/moral-distress/recognizing-addressing-moral-distress-quick-reference-guide.pdf>

Armstrong, P. et Armstrong, H. (2023). *How Privatization Infects the Canadian Health Care System* (Les conséquences de la privatisation sur le système de soins de santé du Canada). *New Labor Forum* (Forum de la nouvelle main-d'œuvre), (32) 3, 42–49. <https://doi.org/10.1177/10957960231194053>

Arsenych, A. (14 septembre 2023). *Ontario needs 60K more staff and 8K more beds to address 'hospital crisis,' union says* (Selon le syndicat, l'Ontario a besoin de 60 000 membres du personnel de plus et 8 000 lits d'hôpitaux supplémentaires pour régler 'la crise dans les hôpitaux'). *CTV News*. <https://www.ctvnews.ca/toronto/article/ontario-needs-60k-more-staff-and-8k-more-beds-to-address-hospital-crisis-union-says/>

Assemblée législative de l'Ontario (2023). *Projet de loi 60, Loi concernant votre santé*. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-43/session-1/projet-loi-60>

Assemblée législative de l'Ontario (2024). *Projet de loi 192, Loi de 2024 sur les ratios patients-personnel infirmier dans les hôpitaux*. <https://www.ola.org/en/legislative-business/bills/parliament-43/session-1/bill-192>

Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) (27 février 2025). *OHA Statement on Staffing Ratios at Ontario Hospitals* (Déclaration de l'OHA au sujet des ratios de dotation en personnel dans les hôpitaux de l'Ontario). *Cision*. <https://www.newswire.ca/news-releases/oha-statement-on-staffing-ratios-at-ontario-hospitals-851743333.html>

Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) (2024). *Ontario Hospitals - Leaders in Efficiency: Second Edition* (Hôpitaux de l'Ontario - Leaders en matière d'efficacité : Deuxième édition). [https://www.oha.com/Bulletins/OHA-Hospital%20Efficiency%20Paper\\_August2024\\_FINAL.pdf](https://www.oha.com/Bulletins/OHA-Hospital%20Efficiency%20Paper_August2024_FINAL.pdf)

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (2022). *Nursing Through Crisis: A Comparative Perspective [Internet]* (Les soins infirmiers en pleine crise : un point de vue comparatif [Internet]). Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario 2022 [cité le 28 juillet 2023]. Disponible à : <https://rnao.ca/news/new-report-nursing-through-crisis-comparative-perspective#:~:text=On%20May%2012%2C%20the%20same%20day%20as%20the,profession%20and%20recommendations%20to%20address%20Ontario's%20nursing%20crisis.>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) (2023). *Ontario's RN Understaffing Crisis: Impact and Solution* (Crise de pénurie d'infirmières et infirmiers autorisés en Ontario : conséquences et solution). *Political Action Bulletin* (Bulletin d'action politique). <https://rnao.ca/media/3163/download?inline>

Ball, J. E., Bruyneel, L., Aiken, L. H., Sermeus, W., Sloane, D. M., Rafferty, A. M., Lindqvist, R., Tishelman, C., Griffiths, P. et consortium RN4Cast (2018). *Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study* (Décès post-opératoires, soins qui n'ont pas été donnés et dotation en personnel dans neuf pays : une étude transversale). *International Journal of Nursing Studies* (Journal international des soins infirmiers), 78, 10–15. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004>

Banque mondiale (2019). *Lits d'hôpital (pour 1 000 personnes) – membres de l'OCDE, Canada*. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.MED.BEDS.ZS?locations=CA>

Barrowclough, M., Morel, T., Chua, S. et Wu, S. (2023). *Where are they going, and what can we do to keep them? Intent to leave among nurses in British Columbia, Canada* (Où vont-ils et que pouvons-nous faire pour les garder? Intention de quitter des infirmier(ère)s en Colombie-Britannique, Canada). *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse* (Témoin : Journal canadien des conversations en soins infirmiers), 5 (2), 5–17. <https://doi.org/10.25071/2291-5796.155>

Ben-Ahmed, H. E. et Bourgeault, I. L. (2023). *Sustaining the Canadian Nursing Workforce: Targeted Evidence-Based Reactive Solutions in Response to the Ongoing Crisis* (Maintenir le personnel infirmier au Canada : solutions réactives ciblées fondées sur la preuve en réponse à la crise actuelle). *Nursing Leadership* (Leadership en soins infirmiers) (Toronto, Ontario), 35 (4), 14–29. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2023.27076>

Blackwell, A.J. (2023). *Qualité de l'emploi et dynamique sur le marché du travail des travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19. Regards sur la société canadienne*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00007-fra.htm>

Blomquist, J. (2025). *How the hidden epidemic of violence against nurses affects health care* (En quoi l'épidémie cachée de violence à l'égard des infirmier(ère)s affecte les soins de santé). *The Conversation* (La conversation). <https://theconversation.com/how-the-hidden-epidemic-of-violence-against-nurses-affects-health-care-248083>

Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M., Bruch et J. D. (2023). *Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: systematic review* (Évaluer les tendances en matière de propriété de capital-investissement et ses conséquences sur les résultats sur la santé, les coûts et la qualité : revue systématique), *BMJ*, 382:e075244. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244>

British Columbia Nurses' Union (BCNU) (2024a). *Ratios Save Lives* (Les ratios sauvent des vies). <https://www.bcnu.org/contracts-and-bargaining/minimum-nurse-to-patient-ratios>

British Columbia Nurses' Union (BCNU) (2024b). *Minimum Nurse-to-Patient Ratio FAQs* (FAQ au sujet des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums). <https://bcnu.org/contracts-and-bargaining/minimum-nurse-to-patient-ratios/faq>

Brooks Carthon, J. M., Hatfield, L., Plover, C., Dierkes, A., Davis, L., Hedgeland, T., Sanders, A. M., Visco, F., Holland, S., Ballinghoff, J., Del Guidice, M. et Aiken, L. H. (2019). *Association of Nurse Engagement and Nurse Staffing on Patient Safety* (Association entre l'engagement des infirmier(ère)s et la dotation en personnel infirmier sur la sécurité des patient(e)s). *Journal of Nursing Care Quality* (Journal sur la qualité des soins infirmiers), 34 (1), 40–46. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000334>

Brophy, J., Keith, M. et Hurley, M. (2019). *Breaking Point: Violence Against Long-Term Care Staff* (Point de rupture : la violence à l'égard du personnel des soins de longue durée). *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy* (New Solutions : un journal sur les politiques de santé environnementales et au travail), 29: 10–35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30907683/>

Brophy, J. T., Keith, M. M. et Hurley, M. (2017). *Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff* (Agressés et sans voix : la violence à l'égard du personnel de la santé). *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 27: 581–606. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28899214/>

Brophy, J. T., Keith, M. M., Hurley et M., McArthur, J. E. (2021). *Sacrificed: Ontario Healthcare Workers in the Time of COVID-19* (Sacrifiés : les travailleurs ontariens de la santé à l'heure de la COVID-19). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33174768/>

Brophy, J. T., Keith, M. M., Hurley, M. et Slatin, C. (2024). *Running on Empty: Ontario Hospital Workers' Mental Health and Well-Being* (À bout de souffle : santé mentale et bien-être du personnel hospitalier de l'Ontario) <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39113552/>

Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (2023). *Audit de l'optimisation des ressources : Services d'urgence*. [https://auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr23/AR\\_emergencydepts\\_fr23.pdf](https://auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr23/AR_emergencydepts_fr23.pdf)

Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (2023). *Secteur de la santé de l'Ontario : Examen du plan de dépenses 2023*. <https://BRF-on.org/fr/rapport/health-2023/>



Business Wire (2020). *Ontario Health Minister misinformed: 87 per cent of province's health care staff polled say not enough PPE on hand to keep them safe* (La ministre de la Santé de l'Ontario est mal informée : 87 pour cent du personnel de la santé de la province interrogé affirme qu'il n'y a pas suffisamment d'ÉPI disponible pour assurer leur sécurité). <https://www.businesswire.com/news/home/20200330005208/en/Health-Minister-Misinformed-87-Per-Cent-of-Ontario-Health-Care-Staff-Polled-Say-Not-Enough-PPE-on-Hand-to-Keep-Them-Safe>

Canseco, M. (2023). *Confidence in Health Care Down 10 Points in Canada Since 2021* (La confiance à l'égard des soins de santé a reculé de 10 points au Canada depuis 2021). *Research Co.* <https://researchco.ca/2023/04/21/health-care-canada-2023/>

Chamandy, A. (2024). *Hospital data shows Ontario's hallway health care problem is worse than ever* (Des données au sujet des hôpitaux montrent que le problème de médecine de couloir est pire que jamais en Ontario). *The Trillium*. <https://www.thetrillium.ca/news/health/hospital-data-shows-ontarios-hallway-health-care-problem-is-worse-than-ever-9370235>



Chomsky, N. (2011). *The State-Corporate Complex: A Threat to Freedom and Survival* (La complexité du public-privé : une menace pour la liberté et la survie). Conférence donnée l'Université de Toronto, le 7 avril 2011. Transcription avec la permission d'Yvonne Bond. <https://chomsky.info/20110407-2/>

Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M. et Wu, E. S. (2012). *Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection* (Dotation en personnel infirmier, épuisement professionnel et infection associée aux soins). *American Journal of Infection Control* (Revue américaine de contrôle des infections), 40 (6), 486–490. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029>

Coalition ontarienne de la santé (2024). *Ontario Health Coalition Fast Facts* (Quelques faits en bref de la Coalition ontarienne de la santé). <https://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/Hospital-beds-per-1000-population-in-2022.pdf>

Coalition ontarienne de la santé (2023). *Patients languish on wait lists while ORs sit empty, Ontario Health Coalition claims* (La Coalition ontarienne de la santé affirme que les patient(e) s se morfondent sur des listes d'attente tandis que les salles d'opération sont vides). <https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/patients-languish-on-wait-lists-while-ors-sit-empty-ontario-health-coalition-claims/>

Comité permanent de la santé de la Chambre des communes (2019). *Violence subie par les travailleurs de la santé au Canada : Rapport du Comité permanent de la santé*. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10589455/hesarp29/hesarp29-f.pdf>

Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario-Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO-SCFP) (2025). *No Respite: Ontario's Failure to Plan for Hospital Patients* (Pas de répit : l'incapacité de l'Ontario à planifier la prise en charge des patient(e)s hospitalisés). [https://drive.google.com/file/d/1Axxf14n1EI0a20NsgVzXPYbA8edc\\_d7B/view](https://drive.google.com/file/d/1Axxf14n1EI0a20NsgVzXPYbA8edc_d7B/view)

Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario-Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO-SCFP). Site Web contenant divers sondages, études, enquêtes et rapports. <https://ochu.on.ca/fr/>

Conseil international des infirmières (2018). *Position Statement: Evidence-based safe nurse staffing* (Exposé de politique : niveaux de dotation en personnel infirmier sécuritaires fondés sur la preuve). [https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/PS\\_C\\_%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing\\_1.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-04/PS_C_%20Evidence%20based%20safe%20nurse%20staffing_1.pdf)

CTV/Nanos Research (4 et 5 février 2025). *Ontarians say that healthcare and the economy are the most important issues influencing how they will vote in the upcoming provincial election* (La population de l'Ontario affirme que les soins de santé et l'économie sont les enjeux les plus importants qui influenceront leur vote lors des prochaines élections provinciales). <https://nanos.co/wp-content/uploads/2025/02/2025-2783A-Ontario-Elxn-Populated-Report-The-most-important-issue.pdf>

de Jager, P., Aleman, D., Baxter, N. et al. (2024). *Surgeon- and hospital-level variation in wait times for scheduled non-urgent surgery in Ontario, Canada: A cross-sectional population-based study* (Variation des temps d'attente pour consulter un chirurgien et être admis à l'hôpital pour les interventions chirurgicales non urgentes prévues en Ontario (Canada) : une étude transversale de la population). *PloS one*, 19 (8), e0307845. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307845>

Dean, W., Morris, D., Llorca, P. M., Talbot, S. G., Fond, G., Duclos, A. et Boyer, L. (2024). *Moral Injury and the Global Health Workforce Crisis - Insights from an International Partnership* (Préjudice moral et crise mondiale de la main-d'œuvre dans les soins de santé – Perceptions d'un partenariat international). *The New England Journal of Medicine*, 391 (9), 782–785. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2402833>

Deteriorating Under Austerity-Driven System (Détérioration dans un système guidé par l'austérité). *NEW SOLUTIONS: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 34 (3):182-197. [doi:10.1177/10482911241267347](https://doi.org/10.1177/10482911241267347)

Dierkes, A., Do, D., Morin, H., Rochman, M., Sloane, D. et McHugh, M. (2022). *The impact of California's staffing mandate and the economic recession on registered nurse staffing levels: A longitudinal analysis* (Les répercussions des niveaux de dotation en personnel obligatoires en Californie et de la récession économique sur les niveaux de dotation en personnel infirmier autorisé : une analyse longitudinale). *Nursing Outlook*, 70 (2), 219–227. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.09.007>

Draaisma, M. (10 avril 2024). *Ontario's health spending lowest in Canada in 2022-2023: report. FAO report says Ontario had lowest total revenue and total spending per person that fiscal year* (Les dépenses de l'Ontario en matière de santé étaient les moins élevées au Canada en 2022-2023 : rapport. Le BRF affirme que l'Ontario avait le total des revenus et le total des dépenses les plus faibles par habitant(e) au cours de cet exercice financier). CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/financial-accountability-office-ontario-report-1.7170171>

Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M. et Aisbett, K. (2011). *Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes* (Dotation en personnel infirmier, charge de travail du personnel infirmier, environnement de travail et résultats pour les patient(e)s). *Applied Nursing Research : ANR* (Recherche appliquée en soins infirmiers), 24 (4), 244–255. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.12.004>

Duong, D. et Vogel, L. (2023). *Overworked health workers are “past the point of exhaustion”* (Les travailleuses et travailleurs de la santé surmenés sont « à bout de souffle »). *Nouvelles du Journal de l'Association médicale canadienne*. <https://cmaj.ca/content/195/8/E309>

État de la Californie (2019). B-394 *Health facilities: nursing staff* (Projet de loi B-394 – Établissements de santé : personnel infirmier). [https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill\\_id=199920000AB394](https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/billNavClient.xhtml?bill_id=199920000AB394)

Faubert, E. B. (2024). *Quelles provinces ont le plus de mal à garder les jeunes infirmières?* Institut économique de Montréal (IEDM) : Notes économiques. [https://www.iedm.org/wp-content/uploads/2024/09/note102024\\_fr.pdf](https://www.iedm.org/wp-content/uploads/2024/09/note102024_fr.pdf)

Fonds du Commonwealth (2021). *Mirror 2021: Reflecting Poorly. Health Care in the US Compared to Other High-Income Countries* (Reflet 2021: Fausse image. Les soins de santé aux États-Unis comparativement à d'autres pays où les revenus sont élevés). <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly>

Galvani-Townsend, S., Martinez, I. et Pandey, A. (2022). *Is life expectancy higher in countries and territories with publicly funded health care? Global analysis of health care access and the social determinants of health* (Est-ce que l'espérance de vie est meilleure dans les pays et les territoires où les soins de santé sont financés publiquement? Analyse mondiale de l'accès aux soins de santé et les déterminants sociaux de la santé). *Journal of Global Health* (Journal de la santé mondiale), 12, 04091. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.04091>

Gillen, P., Neill, R. D., Manthorpe, J., Mallett, J., Schroder, H., Nicholl, P., Currie, D., Moriarty, J., Ravalier, J., McGrory, S. et McFadden, P. (2022). *Decreasing Wellbeing and Increasing Use of Negative Coping Strategies: The Effect of the COVID-19 Pandemic on the UK Health and Social Care Workforce* (Diminution du bien-être et augmentation de l'utilisation de stratégies d'adaptation négatives : les conséquences de la pandémie de la COVID-19 sur la main-d'œuvre de la santé et des services sociaux au Royaume-Uni). *Epidemiologia* (Épidémiologie) (Basel, Suisse), 3 (1), 26–39. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia3010003>

Globe Content Studio. (2024). *BC's minimum nurse-patient ratios expected to improve patient outcomes, save lives* (On s'attend à ce que les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums en Colombie-Britannique améliorent les résultats pour les patient(e)s et sauvent des vies). *Globe and Mail*, 27 juin 2024. <https://www.theglobeandmail.com/business/adv/article-bcs-minimum-nurse-patient-ratios-expected-to-improve-patient-outcomes/>

Gouvernement de la Colombie-Britannique. (2024a). *Minimum Nurse to Patient Ratios (mNPR)* (Ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums). <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/mnpr>

Gouvernement de la Colombie-Britannique (2024b). *mNPR Frequently Asked Questions* (Foire aux questions au sujet des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums). <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/mnpr/mnpr-frequently-asked-questions>

Gouvernement de l'État de Victoria (2015). *Safe Patient Care [Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios] Act 2015* (Loi de 2015 sur des soins sécuritaires aux patient(e)s [ratios infirmier(ères)s-patient(e)s et sages-femmes-patient(e)s]). <https://www.legislation.vic.gov.au/in-force/acts/safe-patient-care-nurse-patient-and-midwife-patient-ratios-act-2015/008>

Gouvernement de Victoria (Australie) 2023. *Safe Patient Care (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Act 2015* (Loi de 2015 sur des soins sécuritaires aux patient(e)s [ratios infirmier(ères)s-patient(e)s et sages-femmes-patient(e)s]). <https://www.legislation.vic.gov.au/in-force/acts/safe-patient-care-nurse-patient-and-midwife-patient-ratios-act-2015/010>

Gouvernement du Queensland (2018a). *Nurse-to-patient ratios (Frequently asked questions)* (Ratios infirmier(ère)-patient(e)s (Foire aux questions)). <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/priority-areas/safety-and-quality/nurse-patient-ratios>

Gouvernement du Queensland (2018b). *Nurse-to-patient ratios* (Ratios infirmier(ère)-patient(e)s). <https://clinicalexcellence.qld.gov.au/priority-areas/safety-and-quality/nurse-patient-ratios>

Govasli, L. et Solvoll, B. A. (2020). *Nurses' experiences of busyness in their daily work* (Affairement au quotidien au travail : expériences des infirmier(ère)s). *Nursing Inquiry* (Enquête au sujet des soins infirmiers), 27 (3), e12350. <https://doi.org/10.1111/nin.12350>

Grady, C., Chênevert, D. et Coderre-Ball, A. (2022). *Exploration de deux facteurs de sécurité psychologique pour les travailleurs de la santé*. Rapport. Commission de la santé mentale du Canada. <https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2022/09/Facteurs-psychosociaux-propres-aux-travailleurs-de-la-sante.pdf>





Griffiths, P., Maruotti, A., Recio, A. R. et al. (2019). *Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study* (Dotation en personnel infirmier, infirmier(ère)s auxiliaires autorisés et taux de mortalité à l'hôpital : étude longitudinale de cohortes rétrospectives). *BMJ Qual Saf*, 28:609–17. [https://researchportal.port.ac.uk/en/publications/nurse-staffing-nursing-assistants-and-hospital-mortality-retrospe#:~:text=Objectives%20-%20To%20determine%20the%20association%20between%20daily,Retrospective%20longitudinal%20observational%20study%20using%](https://researchportal.port.ac.uk/en/publications/nurse-staffing-nursing-assistants-and-hospital-mortality-retrospe#:~:text=Objectives%20-%20To%20determine%20the%20association%20between%20daily,Retrospective%20longitudinal%20observational%20study%20using%20)

Griffiths, P., Saville, C., Ball, J., Dall'Ora, C., Meredith, P., Turner, L. et Jones, J. (2023). *Costs and cost-effectiveness of improved nurse staffing levels and skill mix in acute hospitals: A systematic review* (Coûts et rapport coût-efficacité de niveaux de dotation en personnel infirmier améliorés et composition

des compétences dans les hôpitaux de soins actifs : un examen systématique). *International Journal of Nursing Studies*, 147, 104601. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104601>

Gupta, A. K. (2012). *JIT in Healthcare: An Integrated Approach* (Des soins de santé « juste à temps » : une approche intégrée). *International Journal of Advances in Management and Economics* (Journal international des percées en gestion et en économie), Janvier-Février. 1 (1):20-27. <https://www.managementjournal.info/index.php/IJAME/article/view/162/155>

Haahr, A., Norlyk, A., Martinsen, B. et Dreyer, P. (2020). *Nurses experiences of ethical dilemmas: A review* (Expériences des infirmier(ère)s avec des dilemmes éthiques : un examen). *Nursing Ethics* (Déontologie en soins infirmiers), 27 (1), 258–272. <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>



Haegdorens, F., Van Bogaert, P., De Meester, K. et Monsieurs, K. G. (2019). *The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study* (Les conséquences des niveaux de dotation en personnel infirmier et de la formation des infirmier(ère)s sur le taux de décès des patient(e)s dans les unités de médecine générale et de chirurgie : une étude multicentrique observationnelle). *BMC Health Services Research* (Recherche sur les services de santé BMC), 19 (1), 864. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4688-7>

Hall, L. M., Doran, D., Pink et G. H. (2004). *Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes* (Modèles de dotation en personnel, heures de soins infirmiers et résultats sur la sécurité des patient(e)s). *JONA: The Journal of Nursing Administration* (Journal de l'administration des soins infirmiers) 34 (1):p 41-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14737034/>

Hamill, A. et Hiltz, J. (2024). Autonomiser le personnel infirmier, améliorer les soins. Leçons sur la dotation sécuritaire en personnel et les ratios infirmières patients en Irlande et au Royaume Uni. Rapport de données probantes actuelles. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). <https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2024/11/Study-Tour-French-Summary-Interactive.pdf>

Hartzband, P. et Groopman, J. (2016). *Medical Taylorism* (Taylorisme médical). *New England Journal of Medicine* 324: 106-109. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1512402>

Havaei, F. et Macphee, M. (2020). *The impact of heavy nurse workload and patient/family complaints on workplace violence: An application of human factors framework* (Les conséquences des lourdes charge de travail des infirmier(ère)s et des plaintes provenant des patient(e)s/familles sur la violence au travail : une application du cadre de facteurs humains). *Nursing Open*. 7. 10.1002/nop2.444. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32257260/>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2022). *La main-d'œuvre de la santé au Canada : point de mir*. <https://www.cihi.ca/en/book/export/html/10393>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2024b). *Produits sur les priorités en matière d'information sur la santé : Améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins : les préjudices à l'hôpital sous l'angle de l'équité*. <https://www.cihi.ca/fr>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2024a). *Tendances des dépenses nationales de santé, 2024 — analyse éclair*. <https://cihi.ca/fr/tendances-des-depenses-nationales-de-sante-2024-analyse-eclair>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2025a). *Votre système de santé. Dépenses publiques par habitant, ajustées selon l'âge*. <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/depenses-publiques-par-habitant-ajustees-selon-lage>

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2025b). *Votre système de santé. Toutes les réadmissions à l'hôpital*. <https://www.cihi.ca/fr/indicateurs/toutes-les-readmissions-a-lhopital>

Ireton, J. et Ouellet, V. (2 décembre 2024). *2024 worst year for Ontario ER closures, CBC analysis finds* (Une analyse de la CBC conclut que 2024 est la pire année pour les fermetures d'urgences). *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/data-analysis-er-closures-three-years-2024-worst-year-for-scheduled-closures-1.7396789#:~:text=Nurse%20shortage%20top%20reason%20%20for,Nurses%20are%20leaving%20the%20profession>

Jackson, J., Anderson, J. et Maben, J. (2021). *What is nursing work? A meta-narrative review et integrated framework* (En quoi consiste le travail dans les soins infirmiers? Un examen méta-narratif et un cadre intégré). *International Journal of Nursing Studies*, 22: 103944. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103944>

Jiang, K. (21 avril 2023). *Canadians' confidence in public health care dropped 10% from 2021, new survey finds* (Selon une nouvelle enquête, la confiance des Canadiens à l'égard des soins de santé publics a diminué de 10 % depuis 2021). *Toronto Star*. [https://www.thestar.com/news/canada/canadians-confidence-in-public-health-care-dropped-10-from-2021-new-survey-finds/article\\_90ee2b97-41c5-58aa-bbc3-5a2dc7b10af4.html](https://www.thestar.com/news/canada/canadians-confidence-in-public-health-care-dropped-10-from-2021-new-survey-finds/article_90ee2b97-41c5-58aa-bbc3-5a2dc7b10af4.html)

Jones, S., Moulton, C., Swift, S., Molyneux, P., Black, S., Mason, N., Oakley, R. et Mann, C. (2022). *Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality* (Association entre les retards quant aux admissions de patient(e)s à partir de l'urgence et les taux de mortalité dans les 30 jours de toutes les causes). *Emergency Medicine Journal : EMJ* (Journal de la médecine d'urgence), 39 (3), 168-173. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2021-211572>

Keith, M. et Brophy, J. (2022). *Code White: Sounding the Alarm on Violence against Health Care Workers* (Code blanc : Sonner l'alarme au sujet de la violence dont sont victimes les travailleuses et travailleurs de la santé). *Toronto : Between the Lines*.

Krishnamurthy, N., Mukherjee, N., Cohen, B., Mazor, M. et Appel, J. M. (2024). *Hospital Nurse Staffing Legislation: Mixed Approaches In Some States, While Others Have No Requirements* (Loi au sujet de la dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux : approches mixtes dans certains États, alors que n'autres n'ont pas d'exigences). *Health Affairs (Project Hope)* (Affaires en matière de santé (Projet espoir)), 43(8), 1172-1179. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01521>

Kutney-Lee, A., Wu, E. S., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2013). *Changes in hospital nurse work environments and nurse job outcomes: an analysis of panel data* (Changements aux environnements de travail du personnel infirmier dans les hôpitaux et aux résultats sur les emplois du personnel infirmier : une analyse des données recueillies au moyen d'un panel). *International Journal of Nursing Studies*, 50 (2), 195–201. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.014>

Lasater, K. B., Brom, H., Aiken, L. H. et McHugh, M. D. (2025). *Are minimum nurse-to-patient staffing ratios needed in hospitals? An observational study in British Columbia, Canada.* (Under peer review) (Est-ce que des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont nécessaires dans les hôpitaux? Une étude observationnelle en Colombie-Britannique (Canada). (Examen effectué par les pairs). *BMJ Open*. <https://bmjopen.bmj.com/content/15/7/e099358>

Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D., French, R., Martin, B., Alexander, M. et McHugh, M. D. (2021a). *Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study* (Résultats pour les patient(e)s et économies de coûts associées à la loi sur la dotation en personnel infirmier sécuritaire dans les hôpitaux : une étude observationnelle). *BMJ Open*, 11 (12), e052899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-052899>

Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M. et al. (2021b). *Chronic hospital nurse under staffing meets COVID-19: an observational study* (La pénurie de personnel infirmier chronique dans les hôpitaux frappe la COVID-19 : une étude observationnelle). *BMJ*, 30: 639–647. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011512>

Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Anusiewicz, C. V., Martin, B., Reneau, K., Alexander, M. et McHugh, M. D. (2021c). *Is Hospital Nurse Staffing Legislation in the Public's Interest?: An Observational Study in New York State* (Est-ce que la loi sur la dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux est dans l'intérêt de la population? : une étude observationnelle dans l'État de New York). *Medical Care* (Soins médicaux), 59 (5), 444–450. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001519>

Lasater, K. B. et McHugh, M. D. (2016). *Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement.* (Dotation en personnel infirmier et l'environnement de travail liés aux réadmissions chez les adultes plus âgés après une arthroplastie totale de la hanche ou du genou. *International Journal for Quality in Health Care: journal of the International Society for Quality in Health Care* (Journal pour la qualité des soins de santé : journal de la Société internationale pour la qualité dans les soins de santé), 28 (2), 253–258. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw007>

Lee, S. K., Rowe, B. H. et Mahl, S. K. (2021). *Increased Private Healthcare for Canada: Is That the Right Solution?* (Plus de soins de santé privés pour le Canada : Est-ce la bonne solution?) *Healthcare Policy = Politiques de santé*, 16 (3), 30–42. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2021.26435>

Legace L. (10 décembre 2024). *Demand for Nurses in Canada Still High as Talent Shortage Persists* (La demande pour des infirmières et infirmiers au Canada est toujours grande alors que la pénurie de personnel persiste). *Indeed*. <https://ca.indeed.com/career-advice/news/high-demand-for-nurses>

Leigh, J. P., Markis, C. A., Iosif, A. M. et Romano, P. S. (2015). *California's nurse-to-patient ratio law and occupational injury* (Loi sur les ratios infirmier(ère)-patient(e)s de la Californie et les accidents de travail). *International Archives of Occupational and Environmental Health* (Archives internationales de la santé au travail et environnementale), 88 (4), 477–484. <https://doi.org/10.1007/s00420-014-0977-y>

Levins, H. (2023). *How Inadequate Hospital Staffing Continues to Burn Out Nurses and Threaten Patients* (En quoi un niveau de dotation en personnel inadéquat dans les hôpitaux continue d'épuiser les infirmier(ère)s et de menacer les patient(e)s). <https://ldi.upenn.edu/our-work/research-updates/how-inadequate-hospital-staffing-continues-to-burn-out-nurses-and-threaten-patients/>

Lippel, K. (2018). *Conceptualising Violence at Work Through A Gender Lens: Regulation and Strategies for Prevention and Redress* (Conceptualiser la violence au travail par l'entremise d'une perspective qui tient compte de la différence entre les hommes et les femmes : règlements et stratégies pour la prévention et la réparation). *University of Oxford Human Rights Hub Journal* (Journal de la plaque tournante des droits de la personne de l'Université d'Oxford), 142–166. DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3585399>

Longhurst, A. (2023). *At What Cost? Ontario hospital privatization and the threat to public health care* (À quel prix? La privatisation des hôpitaux de l'Ontario et la menace pour les soins de santé publics). *Centre canadien de politiques alternatives*. <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Ontario%20Office/2023/11/AtWhatCost-FINAL-November%202023.pdf>

Ma, C., McHugh, M. D. et Aiken, L. H. (2015). *Organization of Hospital Nursing and 30-Day Readmissions in Medicare Patients Undergoing Surgery* (Organisation des soins infirmiers en milieu hospitalier et réadmission des patient(e)s de l'assurance-maladie ayant subi une intervention chirurgicale dans les 30 jours suivants leur congé). *Medical Care*, 53 (1), 65–70.

Macdonald, D. (2022). *Pressure Cooker: Declining real wages and rising inflation in Canada during the pandemic* (Spirale salaires-inflation : diminution des salaires réels et hausse de l'inflation au Canada en pleine pandémie). 2020–2022. *Centre canadien de politiques alternatives*. <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2022/04/Pressure%20cooker.pdf>

Marchese, D. (22 février 2025). *The Interview: Ed Yong Wants to Show You the Hidden Reality of the World* (L'entrevue : Ed Yong veut vous montrer la réalité cachée du monde). *New York Times*. [https://www.nytimes.com/2025/02/22/magazine/ed-yong-interview.html?unlocked\\_article\\_code=1.zE4.v5Ka.PtbKo8QdPkj2&smid=nytcore-ios-share&referringSource=articleShare](https://www.nytimes.com/2025/02/22/magazine/ed-yong-interview.html?unlocked_article_code=1.zE4.v5Ka.PtbKo8QdPkj2&smid=nytcore-ios-share&referringSource=articleShare)

Mark, B. A., Harless, D. W., Spetz, J., Reiter, K. L. et Pink, G. H. (2013). *California's minimum nurse staffing legislation: results from a natural experiment* (Loi sur les niveaux de dotation en personnel infirmier minimums de la Californie : résultat d'une expérience naturelle). *Health Services Research*, 48 (2 Pt 1), 435–454. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2012.01465.x>

McArthur, J., Keith, M. M. et Brophy, J. T. (19 juin 2020). *Novel virus, old story: Government failings put health care workers at risk* (Nouveau virus, vieille rengaine : les manquements des gouvernements mettent les travailleuses et travailleurs de la santé à risque). *Canadian Dimension* (Dimension canadienne). <https://canadiandimension.com/articles/view/novel-virus-old-story>

McArthur, J. *Silenced and sacrificed: COVID-19 health-care workers' secret suffering unveiled* (Réduits au silence et sacrifiés : la souffrance cachée des travailleuses et travailleurs de la santé face à la pandémie de la COVID-19 dévoilée) (2020). *The Conversation* (La conversation). <https://theconversation.com/silenced-and-sacrificed-covid-19-health-care-workers-secret-suffering-unveiled-150675>

McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C. et Yates, P. (2021). *Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals* (Les répercussions de la loi relative aux ratios infirmier(ère)-patient(e) s sur la dotation en personnel infirmier et le taux de mortalité des patient(e)s, les réadmissions et la durée des séjours : une étude prospective d'un groupe d'hôpitaux). *Lancet* (London, Angleterre), 397 (10288), 1905–1913. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6)

McHugh, M. D., Aiken, L. H., Windsor, C., Douglas, C. et Yates, P. (2020). *Case for hospital nurse-to-patient ratio legislation in Queensland, Australia, hospitals: an observational study* (Arguments en faveur d'une loi imposant des ratios infirmier(ère)-patient(e)s dans les hôpitaux du Queensland (Australie) : une étude observationnelle). *BMJ Open*, 10 (9), e036264. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-036264>

McHugh, M. D., Kutney-Lee, A., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2011). *Nurses' widespread job dissatisfaction, burnout, and frustration with health benefits signal problems for patient care* (La vive insatisfaction au travail du personnel infirmier, l'épuisement professionnel et la frustration à l'égard des prestations de maladie indiquent l'existence de problèmes pour les soins aux patient(e)s). *Health Affairs (Project Hope)*, 30 (2), 202–210. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0100>

McTavish, C. et Blain, A. (2024a). *Ratios infirmières-patients : rapport des données probantes actuelles*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/11/NPR-Full-Report-Final-01Nov24.pdf>

McTavish, C. et Blain, A. (2024b). *Ratios infirmières-patients : résumé du rapport des données probantes actuelles*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/11/NPR-Summit-Overview-French-01Nov24-1.pdf>

Ménard, A. D., Soucie, K., Freeman, L. A. et Ralph, J. L. (2022). *“My problems aren't severe enough to seek help”: Stress levels and use of mental health supports by Canadian hospital employees during the COVID-19 pandemic* (« Mes problèmes ne sont pas assez graves pour demander de l'aide » : niveaux de stress et utilisation des soutiens en santé mentale par le personnel hospitalier canadien pendant la pandémie de la COVID-19). *Health Policy* (Politique en matière de santé) (Amsterdam, Pays-Bas), 126 (2), 106–111. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.002>

Mercer, S. (2025). *“Enough is enough”: NL nurses push for patient ratios amid rising violence* (« Assez c'est assez » : le personnel infirmier de T.-N.-L. exerce des pressions pour des ratios de patient(e)s alors que la violence est en hausse). *Canadian Occupational Safety* (Sécurité au travail au Canada). <https://www.thesafetymag.com/ca/topics/safety-and-ppe/enough-is-enough-nl-nurses-push-for-patient-ratios-amid-rising-violence/530284>





Morse, S. (2023). *California warns hospitals of tougher enforcement action for violating nurse staffing ratios* (La Californie prévient les hôpitaux que des mesures d'application de la loi plus musclées seront prises pour les violations des ratios en personnel infirmier-patient(e)s). *Healthcare Finance* (Finances dans les soins de santé). <https://www.healthcarefinancenews.com/news/california-warns-hospitals-tougher-enforcement-action-violating-nurse-staffing-ratios>

MultiCare Occupational Medicine (2021). *Common injuries among health care workers* (Blessures les plus fréquentes subies par le personnel de la santé). 11 mars 2021. <https://www.multicare.org/vitals/common-injuries-among-healthcare-workers/#:~:text=Overexertion%20and%20repetitive%20stress,nerves%2C%20discs%20and%20blood%20vessels>

Murthy V. H. (2022). *Confronting Health Worker Burnout and Well-Being* (S'attaquer à l'épuisement professionnel du personnel de la santé et à leur bien-être). *The New England Journal of Medicine*, 387 (7), 577–579. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2207252>

Naik, H., Murray, T. M., Khan, M., Daly-Grafstein, D., Liu, G., Kassen, B. O., Onrot, J., Sutherland, J. M. et Staples, J. A. (2024). *Population-Based Trends in Complexity of Hospital Inpatients* (Tendances démographiques quant à la complexité des patient(e)s hospitalisés). *JAMA Internal Medicine*, 184 (2), 183–192. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.7410>

Nanos (2025). Sondage mené par Nanos pour le compte du CSHO-SCFP, juin 2025. [www.nanos.co](http://www.nanos.co)

Nanos Research (2023). *Over two in five union members are considering or somewhat considering leaving their current position in the next year (OCHU/CUPE/Nanos)* (Plus de deux membres syndiqués sur cinq songent ou songent quelque peu à quitter leur emploi actuel au cours de la prochaine année (CSHO/SCFP/Nanos)). <https://nanos.co/wp-content/uploads/2024/01/2023-2465-CUPE-OCHU-Members-survey-Populated-report-with-tabs.pdf>

National Nurses United (NNU) (2025b). *California Safe Staffing Ratios* (Ratios de dotation en personnel sécuritaires en Californie). <https://www.nationalnursesunited.org/california-safe-staffing-ratios>

National Nurses United (NNU). (2025a). *Ratios: what does the California ratios law actually require?* (Ratios : quelles sont les réelles obligations imposées dans la loi sur les ratios de la Californie?) <https://www.nationalnursesunited.org/ratios-what-does-california-ratios-law-require>



Needleman, J., Buerhaus, P., Pankratz, V. S., Leibson, C. L., Stevens, S. R. et Harris, M. (2011). *Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality* (Dotation en personnel infirmier et taux de mortalité chez les patient(e)s hospitalisés). *The New England Journal of Medicine*, 364 (11), 1037–1045. <https://doi.org/10.1056/NEJMs1001025>

*New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*, 30: 267–281.

New York State Nurses Association (2022). *Implementing the Hospital Staffing Committees Law* (Mettre en œuvre la loi sur les comités de dotation en personnel hospitalier). <https://www.nysna.org/blog/2022/03/29/implementing-hospital-staffing-committees-law>

Nova Scotia Nurses Union (NSNU) (Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse) (2024). *Nurse Staffing Policy a Game Changer* (La politique de dotation en personnel infirmier change la donne). <https://www.nsn.ca/resources/newsletters/may-2024/nurse-staffing-policy-game-changer>

Nova Scotia Nurses Union (NSNU) (2023). *Collective Agreement between Nova Scotia Health Authority and the Nova Scotia Council of Nursing Unions* (Convention collective conclue entre la Nova Scotia Health Authority et le Nova Scotia Council of Nursing Unions). <https://www.nshealth.ca/sites/default/files/documents/Collective%20Agreement-%20Health%20Care-%20NSH%20and%20NSCHCU-%20Nov%201%2C%202023-Oct%2031%2C%202025.pdf>

Oakman, S. (2023). *Five Things to Know about Nurse-to-Patient Ratios in Hospitals* (Cinq choses à savoir au sujet des ratios infirmier(ère)-patient(e)s dans les hôpitaux). *Century Foundation* (Fondation Century). <https://tcf.org/content/commentary/five-things-to-know-about-nurse-to-patient-ratios-in-hospitals/>

Ontario Long Term Care Association (OLTCA) (2025). *The Data: Long-Term Care in Ontario* (Les données : soins de longue durée en Ontario). <https://www.oltca.com/about-long-term-care/the-data/#:-:text=Half%20of%20Ontarians%20wait%20at,waiting%20up%20to%202.5%20years.&text=There%20are%20615%20licensed%20homes%20operating%20across%20Ontario%20providing%20care%20to%20residents.&text=There%20are%20just%20over%2076%2C000,spaces%20are%20at%20full%20capacity.&text=Ontario%20needs%20over%2030%2C000%20new,to%20meet%20the%20growing%20demand>

Ontario Medical Association (OMA) (2024). *Ontario's doctors warn of worsening health-care crisis if family doctor shortage is not addressed immediately* (Les médecins de l'Ontario préviennent que la crise dans les soins de santé s'aggraverait si la pénurie de médecins de famille n'est pas réglée immédiatement). [oma.org/newsroom/news-releases/2024/january/ontarios-doctors-warn-of-worsening-health-care-crisis-if-family-doctor-shortage-is-not-addressed-immediately/](https://oma.org/newsroom/news-releases/2024/january/ontarios-doctors-warn-of-worsening-health-care-crisis-if-family-doctor-shortage-is-not-addressed-immediately/)

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2024). *Workforce Census: Demographics and Nursing Practice Report* (Recensement de la main-d'œuvre : rapport sur les données démographiques et la profession d'infirmier(ère)). <https://cno.org/assets/cno/documents/statistics/workforce-census-report-2024.pdf>

Oregon Health Authority (2024). *House Bill (HB) 2697 Hospital Staffing Law Frequently Asked Questions (FAQ)* (Projet de loi 2697 de la Chambre – Foire aux questions (FAQ) au sujet de la loi sur la dotation en personnel dans les hôpitaux). <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/HOSPITALSTAFFING/Documents/HOSPITALStaffingFAQ.pdf>

Oregon Nurses Association (ONA) (2024). *Safe Staffing Saves Lives: Amended Bill Overview* (Des niveaux de dotation en personnel sécuritaires sauvent des vies : aperçu du projet de la loi qui a été modifié). <https://www.oregonrn.org/page/SafeStaffing-AmendedBill>

Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) (2018). *Lits d'hôpitaux (indicateur)*. <https://www.oecd.org/fr/data/indicators/hospital-beds.html>

Penn Nursing (Département des sciences infirmières de l'Université de la Pennsylvanie), Université de la Pennsylvanie (2019). *Mandated Nurse-to-Patient Ratio in Queensland is "Saving Lives."* (Les ratios infirmier(ère)-patient(e)s obligatoires du Queensland « sauvent des vies ») <https://www.nursing.upenn.edu/live/news/1448-mandated-nurse-to-patient-ratio-in-queensland-is#:~:text=at%20Penn%20Nursing-,Mandated%20Nurse-to-Patient%20Ratio%20in%20Queensland%20is%20Saving,government%20save%20millions%20of%20dollars>

Pepito, J. A. T., Babate, F. J. G. et Dator, W. L. T. (2023). *The nurses' touch: An irreplaceable component of caring* (L'affection des infirmières et infirmiers : un élément irremplaçable de la bienveillance). *Nursing Open*, 10 (9), 5838–5842. <https://doi.org/10.1002/nop2.1860>

Phillips, J. P. (2016). *Workplace Violence against Health Care Workers in the United States* (Violence au travail à l'égard du personnel de la santé aux États-Unis). *The New England Journal of Medicine*, 374 (17), 1661–1669. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1501998>

Raza, D. et Palmer, K. S. (23 juillet 2024). *Private equity and health care: Should Canadians be concerned?* (Capital-investissement et soins de santé : les Canadiens devraient-ils s'inquiéter?) *Healthy Debate* (Débat sur la santé). <https://healthydebate.ca/2024/07/topic/private-equity-health-care/>

Registered Practical Nurses Association of Ontario (WeRPN) (2024). *Survey reveals Ontario's Registered Practical Nurses continue to face unsustainable conditions amid ongoing staffing shortages* (Une enquête révèle que les conditions des infirmier(ère)s auxiliaires autorisés de l'Ontario continuent d'être insoutenables alors qu'il y a des pénuries de personnel constantes). <https://www.werpn.com/news-details/survey-reveals-ontarios-registered-practical-nurses-continue-to-face-unsustainable-conditions-amid-ongoing-staffing-shortages/>

Robinson, R. (17 septembre 2019). "At What Cost? Ontario Pushes Ahead with P3s." (À quel coût? L'Ontario va de l'avant avec les PPP) *The Monitor*. <https://monitormag.ca/>

Royal Melbourne Hospital (2024). *Nurse-to-Patient Ratios* (Ratios infirmier(ère)-patient(e)s). <https://www.thermh.org.au/about/performance/nurse-to-patient-ratios>

Rubin, B., Goldfarb, R., Satele, D. et Graham, L. (2021). *Burnout and distress among nurses in a cardiovascular centre of a quaternary hospital network: a cross-sectional survey* (Épuisement professionnel et détresse parmi le personnel infirmier dans un centre de santé cardiovasculaire d'un réseau hospitalier quaternaire : une enquête transversale). *CMAJ Open*, 9 (1), E19–E28. <https://www.cmajopen.ca/content/9/1/E19#:~:text=Our%20aim%20was%20to%20measure%20the%20prevalence%20of,health%20science%20centres%20%28AHSCs%29%20in%20the%20United%20States.>

Schlak, A. E., Aiken, L. H., Chittams, J., Poghosyan, L. et McHugh, M. D. (2021). *Leveraging the Work Environment to Minimize the Negative Impact of Nurse Burnout on Patient Outcomes* (Optimiser l'environnement de travail afin de minimiser les conséquences négatives de l'épuisement professionnel du personnel infirmier sur les résultats pour les patient(e)s). *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Journal international de la recherche sur l'environnement et de la santé publique), 18 (610). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020610>

Scott-Marshall, H. (2023a). *Les heures sécuritaires sauvent des vies! Étude sur les heures de travail sécuritaires pour les infirmières et infirmiers*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/01/CFNU-Safe-Hours-Save-Lives-Full-Report.pdf>

Scott-Marshall, H. (2023b). *Les heures sécuritaires sauvent des vies!* Résumé de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/01/FCSII-Les-heures-securitaires-sauvent-des-vies-resume.pdf>

Shaw, N. et Edwards, C. (5 février 2024). *Rise in workplace injuries indicates trouble for healthcare workers in Ontario, WSIB data finds* (Les données de la WSIB concluent que la hausse des accidents de travail est un problème pour le personnel de la santé en Ontario). *Capital Current*. <https://capitalcurrent.ca/rise-in-workplace-injuries-indicates-trouble-for-healthcare-workers-in-ontario-wsib-data-finds/>

Shields, M. et Wilkins, K. (2009). Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients. Rapports sur la santé, 20 (2), 7. [https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2009002/article/10835-fra.pdf?st=ku\\_f7hl\\_](https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2009002/article/10835-fra.pdf?st=ku_f7hl_)

Silber, J. H., Rosenbaum, P. R., McHugh, M. D., Ludwig, J. M., Smith, H. L., Niknam, B. A., Even-Shoshan, O., Fleisher, L. A., Kelz, R. R. et Aiken, L. H. (2016). *Comparison of the Value of Nursing Work Environments in Hospitals Across Different Levels of Patient Risk* (Comparaison de l'importance des environnements de travail dans les soins infirmiers en milieu hospitalier par rapport à différents niveaux de risques pour les patient(e)s). *JAMA Surgery*, 151 (6), 527–536. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.4908>

Singh, J., Poon, D. E., Alvarez, E., Anderson, L., Verschoor, C. P., Sutton, A., Zendo, Z., Piggott, T., Apatu, E., Churipuy, D., Culbert, I. et Hopkins, J. P. (2024). *Burnout among public health workers in Canada: a cross-sectional study* (Épuisement professionnel des travailleuses et travailleurs de la santé publique au Canada : une étude transversale). *BMC Public Health*, 24 (1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17572-w>

Statista (2025). *Average life expectancy in North America for those born in 2022, by gender and region (in years)* (Espérance de vie moyenne en Amérique du Nord pour les personnes nées en 2022, par genre et par région (en années)). <https://www.statista.com/statistics/274513/life-expectancy-in-north-america/>

Statistique Canada (2023). *Le stress lié au travail est le plus souvent causé par une lourde charge de travail et la conciliation travail-vie personnelle 2023*. Enquête sur la population active no 3701. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/230619/dq230619c-fra.htm>

Stelnicki, A. M., Jamshidi, L., Angehrn, A., Hadjistavropoulos, H. D. et Carleton, R. N. (2021). *Associations Between Burnout and Mental Disorder Symptoms Among Nurses in Canada* (Associations entre l'épuisement professionnel et les symptômes de troubles mentaux chez les infirmières et infirmiers au Canada). *Canadian Journal of Nursing Research* (Journal canadien de recherche en soins infirmiers), 53 (3), 254-263. <https://doi.org/10.1177/0844562120974194>

Stutting, H. L. (2023). *The Relationship Between Rest Breaks and Professional Burnout Among Nurses* (La relation entre les temps de pause et l'épuisement professionnel chez les infirmières et infirmiers). *Critical Care Nurse*, 43 (6), 48-56. <https://doi.org/10.4037/ccn2023177>

Suran, M. (2023). *Overworked and Understaffed, More Than 1 in 4 US Nurses Say They Plan to Leave the Profession* (Débordés et en sous-effectif, plus d'un infirmier(ère) américain sur quatre affirme prévoir quitter la profession). *JAMA*, 330 (16), 1512-1514. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.10055>

Syndicat canadien des employées et employés professionnels et de bureau (SEPB) (2024). La privatisation des soins de santé en Ontario – Partie 1. [https://fr.copeontario.ca/a\\_privatisation\\_des\\_soins\\_de\\_sant\\_en\\_ontario\\_partie\\_1](https://fr.copeontario.ca/a_privatisation_des_soins_de_sant_en_ontario_partie_1)

Trusted Managed Services (2024). *An Examination of the Possible Correlation Between Nurse Staffing and Hospital Financial Performance* (Un examen de la corrélation possible entre la dotation en personnel infirmier et le rendement financier des hôpitaux). <https://www.trustedtalent.com/managed-services-programs/the-effects-of-nurse-staffing-on-hospital-financial-performance/>

Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P. et Finn, J. (2011). *The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data* (Les conséquences de la méthode du nombre d'heures de soins infirmiers par jour-patient(e) sur les résultats pour les patient(e)s : une analyse rétrospective des données au sujet des patient(e)s et de la dotation en personnel). *International Journal of Nursing Studies*, 48 (5), 540-548. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.013>

Twigg, D. E., Gelder, L. et Myers, H. (2015). *The impact of understaffed shifts on nurse-sensitive outcomes* (Les conséquences des quarts de travail en sous-effectif sur les résultats liés aux soins infirmiers). *Journal of Advanced Nursing* (Journal des soins infirmiers spécialisés), 71 (7), 1564-1572. <https://doi.org/10.1111/jan.12616>

Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P. et Finn, J. (2011). *The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data* (Les conséquences de la méthode du nombre d'heures de soins infirmiers par jour-patient(e) sur les résultats pour les patient(e)s : une analyse rétrospective des données au sujet des patient(e)s et de la dotation en personnel). *International Journal of Nursing Studies*, 48 (5), 540-548. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.013>

Université de Syracuse (2025). *Moral Injury. What is Moral Injury.* (Préjudice moral. C'est quoi.). <https://moralinjuryproject.syr.edu/about-moral-injury/>

Voth, J., Jaber, L., MacDougall, L., Ward, L., Cordeiro, J. et Miklas, E. P. (2022). *The presence of psychological distress in healthcare workers across different care settings in Windsor, Ontario, during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study* (La présence de détresse psychologique chez les travailleuses et travailleurs de la santé de divers établissements de soins à Windsor (Ontario) pendant la pandémie de la COVID-19 : une étude transversale). *Frontiers in Psychiatry* (Frontières en psychiatrie), 13, 960900. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.960900>

Wallace, K. et Ogilvie, M. (22 février 2025). *Doug Ford promised to end hallway medicine. But Ontario's ER wait times have gotten worse in the past three years, confidential report shows* (Doug Ford a promis de mettre fin à la médecine de couloir mais, comme le montre un rapport confidentiel, les temps d'attente dans les urgences de l'Ontario se sont aggravés au cours des trois dernières années). *Toronto Star*. [https://www.thestar.com/news/gta/doug-ford-promised-to-end-hallway-medicine-but-ontarios-er-wait-times-have-gotten-worse/article\\_d3ee3546-eeeb-11ef-b0f9-eb682fb62e4a.html](https://www.thestar.com/news/gta/doug-ford-promised-to-end-hallway-medicine-but-ontarios-er-wait-times-have-gotten-worse/article_d3ee3546-eeeb-11ef-b0f9-eb682fb62e4a.html)

Xue, Y., Lopes, J., Ritchie, K., D'Alessandro, A. M., Banfield, L., McCabe, R. E., Heber, A., Lanius, R. A. et McKinnon, M. C. (2022). *Potential Circumstances Associated With Moral Injury and Moral Distress in Healthcare Workers and Public Safety Personnel Across the Globe During COVID-19: A Scoping Review* (Circonstances possiblement associées aux préjudices moraux et à la détresse morale des travailleuses et travailleurs de la santé et du personnel de la sécurité publique partout dans le monde pendant la pandémie de la COVID-19 : une étude exploratoire). *Frontiers in Psychiatry*, 13, 863232. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.863232>





