

« NOUS SOMMES EN MODE SURVIE »

CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR SELON LE PERSONNEL INFIRMIER

TO KNOW

2026

Une étude universitaire approfondie au sujet des expériences vécues par le personnel infirmier dans les hôpitaux de l'Ontario

James T. Brophy, Ph. D.,
et Margaret M. Keith, Ph. D.

CSHO
CONSEIL DES SYNDICATS D'HÔPITAUX DE L'ONTARIO
SCFP



Table des matières

Pour l'avenir 1

Résumé 2

Introduction 4

Pourquoi cette recherche était nécessaire 8
- Méthodes 10
  - Le personnel infirmier interrogé 11
- Analyse 11
- Constatations 12
- La dévolution du système de soins de santé public de l'Ontario 12
- Gestionnariat 15
  - Restructuration 20
  - Indicateurs de rendement 22
  - Privatisation 24
  - Manque de personnel et charge de travail 30
  - Temps d'attente 39
  - Soins à la chaîne 41
- Bien-être du personnel infirmier 44
  - Détresse morale 44
  - Violence 52
  - Répercussions à l'extérieur du travail 58
  - Rétention 60
  - Résilience 66
- Pourquoi des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont nécessaires 67
- Un regard vers l'avenir 71

Conclusion 75

Auteurs 77

Remerciements 77

Références 79





Pour l’avenir

Cette étude qualitative est un suivi du rapport publié en 2025 et qui était intitulé *Raisons pour lesquelles l’Ontario a besoin de niveaux de dotation en personnel infirmier sécuritaires* (Brophy et Keith, 2025).

Elle a été entreprise en collaboration avec le Conseil des syndicats d’hôpitaux de l’Ontario-Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO-SCFP) afin de faire entendre haut et fort les voix des membres du personnel infirmier qui travaillent dans des conditions de plus en plus difficiles.

Tout le monde est au courant des pressions de plus en plus grandes que subit le réseau hospitalier de l’Ontario – les urgences qui ébordent, la pénurie de lits dotés en personnel et les attentes interminables pour obtenir des soins. Bien que la crise ait causé beaucoup d’anxiété et d’immenses souffrances à la population, peu de gens pensent aux conséquences que cela a sur le personnel médical – y compris le personnel infirmier qui doit souvent subir non seulement des charges de travail écrasantes, mais aussi le fardeau de la détresse de leur patientèle. Le statu quo n’est pas viable. Mais une résolution, du moins en partie, est réalisable. Le rapport qui suit présente une preuve probante, basée sur les témoignages de membres du personnel infirmier sur des situations vécues, qui fait valoir sans équivoque l’importance d’augmenter les niveaux de dotation en personnel infirmier en mettant en œuvre des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums enchâssés dans une loi.

VOICI LEUR HISTOIRE.

Résumé





Une crise frappe le système de soins de santé de l'Ontario qui est aux prises avec un manque de personnel et des ressources inadéquates, ce qui est préjudiciable pour bon nombre de membres du personnel infirmier surmenés et menace la qualité des soins offerts à la patientèle.

Ce rapport met en lumière les préoccupations d'un échantillonnage de membres du personnel infirmier dans les hôpitaux de l'Ontario qui partagent leurs expériences personnelles avec les pénuries de personnel, le manque de financement et un soutien inadéquat. Les membres du personnel infirmier disent craindre pour l'avenir des soins de santé, faisant état de préoccupations quant à la baisse de la qualité des soins offerts à la patientèle.

Le système de soins de santé de l'Ontario se dirige, à un rythme accéléré, vers un modèle à deux vitesses où les personnes qui en ont les moyens financièrement reçoivent des soins plus rapidement tandis que celles qui n'en ont pas les moyens doivent composer avec un système déficient et sous-financé. Ce changement vers la privatisation exacerbera les inégalités existantes, laissant les populations vulnérables avec un accès encore plus limité à des soins de qualité. Cela entraînera l'exode du personnel infirmier du système de soins de santé public déjà en manque de personnel.

Les causes profondes de cette crise sont attribuées aux réformes néolibérales et aux approches de gestion inspirées du monde des affaires, qui priorisent l'efficacité économique plutôt que les besoins humains. Le budget du gouvernement provincial est inférieur à ce qui devrait être alloué, entraînant une inefficacité, une réduction des soins et un accès limité aux services. Qui plus est, le manque de reconnaissance et de soutien pour le personnel infirmier qui contribue maintenant à l'épuisement professionnel et a un effet négatif sur le moral sera davantage exacerbé, entraînant une aggravation du problème de rétention des effectifs.

Afin de régler ces problèmes, la dotation en personnel infirmier au sein du système public doit être priorisée. Les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont la clé pour assurer des niveaux de dotation en personnel adéquats et améliorer les résultats pour la patientèle.

De plus, une approche plus empathique et compréhensive aux soins de santé est nécessaire – une qui met la patientèle avant les coûts et reconnaît la valeur intrinsèque de la compassion et de la bonté en tant qu'aspect intégral et essentiel de soins de qualité.

Il est nécessaire d'agir dès maintenant. Cela comprend l'augmentation du financement, l'enchâssement de niveaux de dotation en personnel infirmier sécuritaires dans une loi et la reconnaissance des droits et de la dignité du personnel infirmier. En priorisant ces éléments essentiels, nous pouvons assurer que notre système de soins de santé offre des soins de grande qualité à la patientèle et assure le bien-être du personnel infirmier.



Introduction



En tant que Canadien(ne)s, nous jouissons d'un avantage social presqu'unique, un droit universel, qui nous distingue de nombreux autres pays. En théorie, les soins de santé sont accessibles à tous, bien que l'accès soit plus limité dans les régions rurales et éloignées et les communautés autochtones (Burnett et al, 2020).

> *Les communautés rurales et nordiques sont souvent confrontées à des défis disproportionnés par rapport aux communautés urbaines en ce quai a trait à l'accès aux services de soins de santé… Les identités sociales liées à l'autochtonité, la race, le genre, le colonialisme de peuplement, l'âge, la capacité et l'identité sexuelle compliquent davantage cette situation.*

Les pauvres, les sans-abris et les personnes nécessitant des soins en santé mentale, entre autres populations marginalisées, doivent être mieux desservis.

Cependant, malgré ses déficiences, le système vaut la peine d'être sauvé et amélioré. Il utilise de l'équipement médical sophistiqué, des techniques de pointe et des professionnel(le)s hautement qualifié(e) s. Cela aura pris plusieurs générations d'engagement social, de mobilisation et de coopération politique pour parvenir à ce trésor.

> *Lorsque les soins de santé universels ont été adoptés en 1966 avec l'adoption de la* Loi sur les soins médicaux*, ce fut un grand moment dans l'histoire politique canadienne. Rarement auparavant une alliance de personnes ayant des idéologies complètement opposées… a élaboré une loi qui enchâsserait dans la conscience collective les valeurs universelles de santé et de dignité; des pierres angulaires qui continuent de définir ce pays et sa société encore aujourd'hui. En effet, l'assurance-maladie est un pilier fondamental de l'identité canadienne. Elle projette nos valeurs nationales sur la scène mondiale, assure des résultats positifs à la patientèle et soutient une vaste infrastructure de personnes soignantes, de médecins, de chercheur(euse)s et de travailleur(euse)s reconnu(e)s mondialement (Samphir, 2015).*

Aujourd'hui, ce droit social précieux durement acquis est sérieusement menacé. Bien qu'il y ait de graves pénuries de médecins et d'autres professionnel(le)s de la santé, le manque de personnel infirmier est un problème systémique majeur qui mine les fondations mêmes du système de soins de santé de l'Ontario. Il est engendré par de soi-disant mesures d'efficience – qui découlent d'années de coupures budgétaires motivées par l'austérité. À la



surface, des « soins efficaces » pourraient sembler être une bonne chose. Cela implique que les hôpitaux offrent des soins de grande qualité tout en minimisant le gaspillage, mais cela signifie souvent prioriser des mesures de réduction des coûts plutôt que les besoins de la patientèle.

John Ralston Saul (1999), un philosophe et critique social canadien très respecté et reconnu à l'échelle internationale, a fait une présentation prophétique en 1999 critiquant la lente dérive du Canada vers un système de soins de santé à deux vitesses. Il a dit : « La promotion de l'efficience à l'échelon supérieur de l'élaboration de politiques a été une des innovations les plus désastreuses de notre système d'assurance-maladie géré l'État. Plus vous rendez un système d'assurance-maladie 'efficace', moins bien – et moins efficacement – il fonctionnera. »

Le terme efficience, dans ce contexte, est vraiment un euphémisme pour sous-financement. La réalité est que la recherche d'économies de coûts dans les soins de santé peut être dangereuse – voire même cruelle. Ses conséquences sont désolantes : du personnel des soins de santé surmené, une qualité des soins compromise et des taux plus élevés d'erreurs médicales et de souffrance humaine.

Afin de mieux comprendre de quelle façon le manque de personnel peut affecter les soins à la patientèle et le bien-être personnel des infirmier(ère)s, lisez simplement le récit terrifiant fait par Jane d'un quart de travail particulièrement difficile au cours duquel elle s'est vue affecter, en tant qu'infirmière en médecine chirurgicale, cinq patient(e)s à haut risque. (Remarque : Jane est un pseudonyme pour une des membres du personnel infirmier interrogés pour la recherche incluse dans ce rapport.)

« J'avais une patiente en soins palliatifs. J'avais un patient présentant une affection aiguë qui était un utilisateur de drogues injectables et qui était constamment en étant de conscience et d'inconscience. J'avais une patiente en attente de soins de longue durée et une autre personne très confuse en isolement sous contention avec un cathéter. Et je devais me promener dans deux couloirs différents, et je me rappelle que l'étudiant qui était là ce jour-là devait visiblement prendre sa pause, je l'ai donc envoyé en pause, et j'essayais de doucher ma patiente en attente de soins de longue durée parce que c'était sa fête et sa famille s'en venait. Je me suis dit intérieurement que ça allait, que tout le monde allait bien pour le moment, ils devraient être ok pendant que j'essaie de laver cette patiente pour qu'elle se sente bien le jour de sa fête avant que sa famille arrive. Puis j'entends la cloche sonner dans la chambre de ma patiente confuse. Elle était sur le plancher, le cathéter qui pendait. C'est la seule raison pour laquelle elle n'avait pas rampé jusque dans le couloir, toute nue. Et en même temps j'ai une patiente en soins palliatifs dont l'état se dégrade maintenant rapidement et j'ai mon patient utilisateur de drogues injectables qui avait des douleurs à la poitrine. Donc, pendant tout ça, je me demande 'Est-ce que je dois aller rendre ma patiente en soins palliatifs confortable. Est-ce que je dois essayer de sauver l'utilisateur de drogues? Ou est-ce que je dois aller relever la femme nue et confuse? Qu'est-ce que je fais?' Et, bien entendu, j'ai également une patiente nue assise dans la douche. J'ai demandé de l'aide mais tout le monde était débordé avec ses propres patients. Impossible d'avoir de l'aide. Je devais faire les évaluations. Je devais être celle qui administrait les narcotiques à la patiente en soins palliatifs. Je devais être la principale intervenante pendant qu'on s'occupait du patient qui avait des douleurs à la poitrine. Et puis je devais également aider ma patiente qui était tombée et effectuer un protocole en cas de chute. Puis il y avait ma patiente dont la famille est arrivée pour célébrer son anniversaire. Je me rappelle être là, dans le couloir, à pleurer devant cette famille en disant

‘Je m’excuse qu’elle soit là. Pouvez-vous vous en occuper parce que je dois m’occuper d’autres patients et je ne sais plus où donner de la tête en ce moment?’... Oh, et au beau milieu de tout ça, ma patiente en soins palliatifs est décédée. On m’a demandé ‘Peux-tu aller la porter à la morgue parce que l’urgence appelle et ils ont besoin de ce lit?’ J’ai pété les plombs à mon infirmière chef et je lui ai dit ‘Je ne peux pas croire que tu t’attendes à ce que je fasse ça en ce moment.’ Je devais encore m’occuper de tous les électrocardiogrammes et des analyses de sang et essayer de trouver ce qui se passait avec ce patient qui codait. J’avais la dame confuse qui était maintenant debout et devait aller passer un tomodensitogramme et il y avait la famille qui me criait après parce que je ne m’occupais pas adéquatement de la membre de leur famille. Et je le comprends, mais je suis celle qui doit en subir les conséquences. Je suis celle après qui on crie. Puis je suis celle qui va passer les six prochaines heures de son quart de travail à repenser sans cesse en quoi j’ai été une mauvaise personne parce que j’ai été incapable d’offrir les soins appropriés. J’ai passé mon temps à me demander ‘Mais qu’est-ce que je suis en train de faire? Suis-je assez bonne. Je ne peux pas prendre soin de ces personnes. Je ne pense même pas que je peux m’occuper de moi-même parce que tout ce que je fais c’est établir des priorités. C’est ça ma vie? C’est à ça que sert mon permis d’exercice? En fait, est-ce que je vais me rendre compte du dernier souffle de quelqu’un ou est-ce qu’on me poursuivra parce que j’ai dû laisser une patiente sans surveillance dans les toilettes? Qu’est-ce qui était plus important? La sécurité ou la douche? Le dernier souffle ou le code? On s’attend à quoi de moi? Qu’est-ce que je fais de mal? Parce que je sais que c’est le cas. Dites-moi pourquoi. Et puis quelle sera la solution?’ Eh bien, il n’y en avait pas parce que, eh bien, ça fait partie du travail. C’est ça être une infirmière. »



Pourquoi cette recherche était nécessaire



Le système de soins de santé de l'Ontario subit d'importantes pressions en raison du sous-financement chronique, du manque de personnel et de la hausse de l'acuité des besoins de la patientèle, ce qui entraîne énormément d'épuisement professionnel chez le personnel infirmier (Govasli et Solvoll, 2020; Suran, 2023; Duong et Vogel, 2023; Brophy et al., 2024). Il y a de multiples causes qui expliquent l'épuisement du personnel infirmier, dont les lourdes charges de travail, le rythme effréné du travail et les longues heures, la détresse morale, les blessures physiques, la violence au travail, la démoralisation et maintenant un sentiment d'être évalué injustement en fonction de l'achèvement des tâches sur ordinateur ce qui, essentiellement, est une forme de surveillance électronique. La crise est le résultat de décisions politiques et économiques qui ont



été prises par des gouvernements successifs aux cours des dernières décennies.

L'érosion du système de soins de santé public de l'Ontario peut être considérée comme une chaîne de causalité débutant avec l'introduction du *néolibéralisme* selon lequel les soins de santé sont traités comme étant un produit marchand. Cela met l'accent sur l'*austérité*, en d'autres mots, la diminution des dépenses du gouvernement, ce qui a entraîné la réduction de l'effectif, l'érosion des salaires et des coupures dans le financement public pour les services. La *bureaucratie* gouvernementale a depuis acheminé des milliards de dollars dans les agences privées à but lucratif. La pratique de *gestionnariat* a été introduite pour mettre en œuvre ce qui, essentiellement, sont les principes de production « à valeur ajoutée ». La vérification numérique des activités professionnelles et des dépenses s'est multipliée. À la suite de la réduction du financement, le personnel infirmier épuisé et surmené souffre d'*épuisement professionnel*, de détresse morale et d'anxiété liée à la surveillance. La patientèle est victime de longs temps d'attente causés par l'engorgement des lits dans un système surchargé et en manque de ressources et on peut dire qu'elle reçoit des soins qui sont loin d'être idéaux. Cet *effondrement* du système public *fabriqué de toutes pièces*, peu importe la raison qui se cache derrière, devient alors une justification pour les cliniques et les services privés, voire même les hôpitaux privés.





IMAGE 1 : CHAÎNE DE CAUSALITÉ



Le personnel infirmier souffre également des défis inhérents aux hiérarchies de genre et raciales. Dans un rapport de 2024 de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 90,8 pour cent du personnel infirmier s'identifiait comme étant des femmes et 32,3 pour cent comme étant des membres des Premières Nations, Inuks/Inuits, Métis ou racisés.

Dans un climat où le personnel infirmier sent que ses voix et ses préoccupations ne sont pas entendues ou qu'on n'y répond pas, il s'ensuit qu'ils sont nombreux à quitter leur profession (Statistique Canada, 2023; Ménard et al., 2022).

Bien que des provinces canadiennes comme la Colombie-Britannique, la Nouvelle-Écosse et, plus récemment, le Manitoba ont mis en œuvre des niveaux de dotation en personnel infirmier minimums, l'Ontario n'oblige pas de tels niveaux dans l'ensemble des unités hospitalières. Des associations professionnelles, des syndicats et des membres du personnel infirmier eux-mêmes ont, à maintes reprises, exprimé des préoccupations au sujet de la dotation en personnel inadéquate et dangereuse et de ses conséquences sur la détresse morale, la rétention de la main-d'œuvre et la sécurité de la patientèle (Brophy et Keith, 2025).

Il existe un corpus de littérature de recherche considérable et convaincant décrivant la nécessité d'avoir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums et, lorsqu'appliqués, leur efficacité a été bien établie (McTavish et Blain, 2024).

Des chercheur(euse)s qui étudient la question des niveaux de dotation en personnel infirmier, ainsi que des syndicats, la population et des représentant(e)s du gouvernement ont clairement déclaré que des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont nécessaires pour commencer à régler la crise généralisée de dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux de l'Ontario.

Les preuves continuent à s'accumuler à l'effet qu'une meilleure dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux est associée à de meilleurs résultats pour la patientèle, y compris moins d'infections d'origine hospitalière, des séjours plus courts, moins de réadmissions, une plus grande satisfaction de la patientèle et moins d'épuisement professionnel parmi le personnel infirmier (Lasater et al., 2021; McHugh et al., 2021; Schlak et al., 2021). En Californie, par exemple, où des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont en place depuis longtemps, « Un moins grand nombre de patient(e)s par infirmier(ère) a été associé à un taux de mortalité de la patientèle, à l'épuisement émotionnel et à l'insatisfaction professionnelle du personnel infirmier de beaucoup inférieurs, ainsi qu'à une meilleure qualité des soins rapportée par le personnel infirmier » (McHugh et al., 2020).

MÉTHODES

Malgré le grand nombre de données quantitatives au sujet des avantages de ratios en personnel sécuritaires, on porte une moins grande attention à l'expérience vécue et aux observations du personnel infirmier travaillant dans des environnements où il y a une pénurie de personnel. Cette recherche avait pour but de remédier à cette lacune. Elle a été parrainée par le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario-Syndicat canadien de la fonction publique (CSHO-SCFP) et a utilisé des méthodes qualitatives. Le protocole de l'étude a reçu le feu vert du Comité d'éthique en recherche de l'Université de Windsor.

La recherche a utilisé des *récits* – essentiellement des personnes décrivant leurs expériences – comme approche, récits qui ont démontré des réalités qui autrement seraient restées cachées (Ganz, 2011). Cela permet au personnel infirmier lui-même de fournir des renseignements qui ne peuvent pas être compris avec des statistiques ou les expériences de la patientèle. Les histoires personnelles du personnel infirmier brossent un tableau saisissant de ce à quoi ça ressemble de travailler en manque de personnel et de pourquoi il est si urgent que nous ayons des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums enchâssés dans une loi en Ontario. Elles mettent en lumière l'écart entre la politique et la réalité. Bien que la preuve empirique montre statistiquement les avantages des ratios en personnel, les histoires personnelles montrent à quel point les conditions actuelles nuisent au personnel infirmier et à la patientèle en ce moment. Elles établissent un lien entre les

faits et l'expérience humaine. Le personnel infirmier est souvent considéré comme ayant une résilience sans bornes, mais leurs histoires nous aident à les reconnaître en tant qu'êtres humains ayant des limites – non pas comme étant des ressources infinies – établissant ainsi le besoin urgent d'une dotation en personnel sécuritaire.

La recherche comprenait également un examen d'une littérature pertinente, d'études, de résultats de sondages et de rapports journalistiques.

Le personnel infirmier interrogé

Quatorze membres du personnel infirmier de diverses régions de l'Ontario ayant un large éventail d'expériences professionnelles nous ont parlé sous le couvert de la confidentialité. Le personnel du bureau provincial du CSHO-SCFP s'est occupé de la recherche de participant(e)s et des horaires. Treize femmes et un homme ont exprimé leurs points de vue. Ces personnes sont âgées entre la fin-vingtaine et la mi-soixantaine. Trois s'identifiaient comme étant racisées. Les hôpitaux où elles travaillent sont en région urbaine ou rurale et sont de tailles différentes. Certains membres du personnel infirmier ont travaillé dans divers services. Ils travaillent présentement dans les services suivants : l'urgence, les accidents vasculaires cérébraux, les soins palliatifs, la santé mentale, les soins post-partum, la réadaptation musculosquelettique, la médecine chirurgicale et la chirurgie ambulatoire; il y a également une infirmière d'équipe volante et une infirmière-ressource, qui sont régulièrement affectées à diverses unités. Les personnes interrogées sont un infirmier et des infirmières auxiliaires autorisés (IAA), une infirmière autorisée (IA) et deux autres personnes sont inscrites au programme pour devenir IA.

Les entrevues ont été effectuées à distance par l'entremise d'un logiciel de vidéo-conférence sécurisé à partir d'un endroit qui convenait à la personne. Chaque entrevue a pris, en moyenne, environ une heure. Les entrevues ont été enregistrées et transcrites.

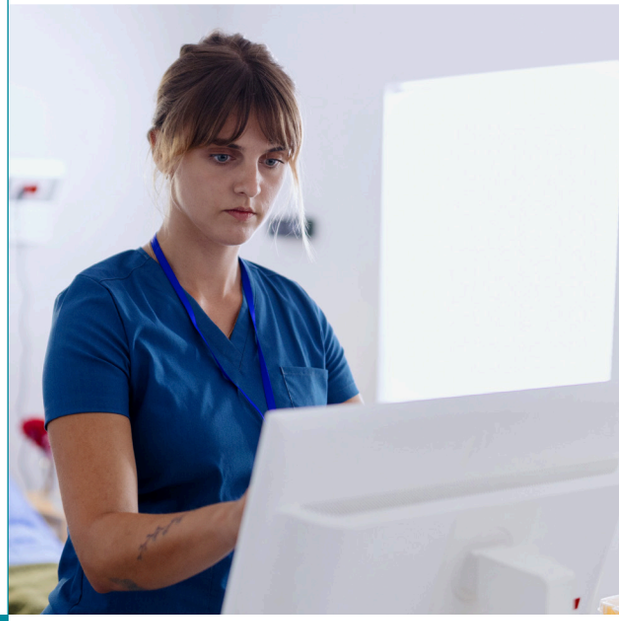
ANALYSE

La méthode d'analyse thématique (Braun et Clarke, 2006) a été utilisée pour examiner les réponses du personnel infirmier aux questions d'entrevue semi-structurées. Les données provenant des entrevues ont été codées et des tendances ont été identifiées, offrant un aperçu des expériences individuelles et de l'environnement contextuel.

Les extraits inclus dans ce rapport ont été légèrement modifiés à des fins de clarté, de concision et d'anonymisation, mais aucun changement n'a été apporté au message ou au contenu sous-jacent. En raison de préoccupations au sujet de représailles possibles, des pseudonymes sont utilisés pour chaque personne interrogée

Les extraits d'entrevues, c.-à-d. les paroles des membres du personnel infirmier, sont largement incluses afin de mieux répondre aux objectifs de la recherche, qui sont de refléter les réalités actuelles du travail dans les hôpitaux de l'Ontario. Cependant, le timbre de voix des membres du personnel infirmier sont impossibles à capturer puisqu'ils exprimaient de la tristesse, de la frustration, de la colère, voire même du chagrin au sujet de leurs propres conditions de travail, ainsi que des soins compromis que leur patientèle reçoit souvent.





CONSTATATIONS

Les résultats de l'examen de la littérature et des entrevues indiquent que les problèmes dans le système de soins de santé de l'Ontario peuvent être considérés comme étant une boucle de rétroaction croissante. Alors que les problèmes relatifs à la dotation en personnel infirmier s'intensifient, les temps d'attente augmentent. Ces problèmes sont profondément interconnectés. Le manque de personnel entraîne de lourdes charges de travail, qui à leur tour entraînent l'épuisement du personnel infirmier, qui entraîne ensuite l'attrition, qui entraîne des temps d'attente plus longs, qui entraînent des pressions de plus en plus grandes sur le système et des soins qui n'ont pas été donnés, qui entraînent à nouveau des charges de travail plus lourdes, qui ensuite entraînent l'épuisement professionnel et l'attrition – et ainsi de suite. (*voir Image 2 : Boucle de rétroaction*)

IMAGE 2 : BOUCLE DE RÉTROACTION



Ce cycle crée une instabilité systémique. Alors que les temps d'attente augmentent, l'insatisfaction de la population augmente, et les professionnel(le)s de la santé subissent de plus en plus de stress et leur moral décline. Au fil du temps, le recrutement du personnel infirmier est de plus en plus difficile et il est de plus en plus difficile de le retenir.

LA DÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ PUBLIC DE L'ONTARIO

Au fil du temps, les soins de santé ont changé de façon dramatique en Ontario. Il y a quarante ans, en entrant dans une unité hospitalière, vous auriez probablement vu le personnel infirmier en relation avec la patientèle et leur offrir des soins de manière relativement calme en faisant preuve de réconfort et de compassion. Aujourd'hui, en regardant autour de vous, vous constateriez probablement un type d'environnement très différent – dominé par un personnel infirmier débordé et épuisé, des sonnettes qui retentissent, des personnes qui crient et des patient(e)s souffrant sur des chaises dans la salle d'attente de l'urgence ou dans des lits dans les couloirs. La nécessité d'avoir une meilleure dotation en personnel – ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums – est clairement évidente.

Un sondage de 2026 de la Registered Practical Nurses Association of Ontario (Association des infirmières auxiliaires autorisées de l'Ontario [WeRPN]) a conclu ceci :

La charge de travail, les pénuries de personnel et les conséquences sur les soins qui en résultent demeurent parmi les préoccupations les plus urgentes. La plupart des membres du personnel infirmier ont rapporté que leur charge de travail s'est accrue au cours de la dernière année et ils sont nombreux à faire des quarts de travail supplémentaires, des heures supplémentaires et des heures additionnelles pour compenser pour les pénuries de personnel. Presque toutes les personnes interrogées ont affirmé que les soins à la patientèle s'étaient soit aggravés ou ne s'étaient pas améliorés au cours de la dernière année, tandis que la plupart ont également rapporté que les pénuries de personnel affectent directement l'offre de soins. Ces conclusions renforcent l'idée que les difficultés que vit la main-d'œuvre ne sont pas des problèmes isolés de dotation en personnel; ce sont des pressions sur le système ayant des conséquences directes sur la qualité, la sécurité et la constance des soins que les Ontarien(ne)s reçoivent.

Ces conclusions ont été reflétées dans les entrevues menées pour ce rapport.

Lena a travaillé en soins palliatifs pendant dix ans et demi – prenant soins de patient(e)s au cours des derniers jours et des dernières semaines de leur vie. Elle a choisi les soins infirmiers parce qu'elle pensait pouvoir aider les gens au cours d'un des moments les plus difficiles de leur vie. *« J'ai toujours cru que les gens avaient droit à la dignité à la fin de leur vie, a-t-elle dit. C'est un honneur de les aider à passer à travers cette période. »* Elle a poursuivi en disant que, malheureusement, pouvoir aider de la manière qu'elle estime nécessaire n'est plus toujours possible.

« Quand je suis devenue infirmière, j'étais très très fière de tous les soins que je pouvais offrir. Je pouvais prendre le temps de coiffer une patiente et de m'asseoir avec elle lorsqu'elle avait peur. Et c'était important parce que parfois les médicaments ne peuvent pas être la seule chose qui aide le patient. Son bien-être émotionnel est aussi important. Je me sentais bien en rentrant à la maison en ayant donné ces soins. Et j'avais normalement peut-être quatre patients. Il n'y avait jamais de pénurie de personnel et le travail était agréable. Puis, c'est comme si dans les années qui ont précédé la COVID – et pendant la COVID – il n'y avait pas de normes. Et on devait commencer à accepter toutes sortes de patients et les principes n'étaient plus importants. Ce n'était plus grave que des hommes et des femmes partagent la même chambre… maintenant ils partagent une grande chambre – tant et aussi longtemps qu'il y avait quelqu'un dans le lit. Et je n'ai pas le temps de m'asseoir pour aider une personne et apaiser ses craintes. »



Claudette travaille comme infirmière d'équipe volante depuis plus de dix ans. Son travail l'amène dans différentes unités hospitalières – les urgences et les blocs opératoires, ainsi que les unités de santé mentale, de cardiologie et de soins palliatifs. Son parcours en soins infirmiers a été motivé par son désir d'aider les autres et d'avoir un impact positif dans la vie des gens. Lorsqu'elle a commencé à travailler, elle a dit ceci : *« Les soins infirmiers étaient un des domaines qui liait mon besoin d'être axée sur les gens et mes intérêts en matière d'anatomie et de physiologie – et je voulais une façon d'aider les autres. »* Elle a commencé à voir une augmentation du nombre de patient(e)s il y a environ dix ans. Elle a constaté que les niveaux de dotation en personnel étaient de plus en plus difficiles. Avant cette période, elle a dit que la charge de travail était plus raisonnable, avec un maximum de quatre patient(e)s par infirmier(ère). Claudette a cependant constaté que les chiffres ont commencé à changer en ajoutant plus de patient(e)s à la charge de travail du personnel infirmier. *« Mais tu dois continuer de t'assurer de tout évaluer et les chiffres jouent un rôle énorme parce que, d'un point de vue mathématique seulement, plus tu as de patient(e)s, plus tu auras de travail à faire. »* Elle a également évoqué un souvenir de l'époque où elle a commencé à travailler, elle n'était pas tenue de faire des transfusions sanguines, mais maintenant de telles tâches font partie de sa routine quotidienne. Elle a dit : *« Toutes ces compétences différentes ont commencé à s'ajouter. Puis il est possible qu'ils ne remplacent pas une personne malade et, maintenant, parce que cette infirmière est absente, je vais peut-être avoir sept patients ».*

Kim st une infirmière-ressource au début de la quarantaine, ayant une expérience très variée en soins infirmiers. Elle a dit ceci : *« J'ai toujours senti le besoin de prendre soin de gens. Selon moi les soins infirmiers sont une grande vocation et je suis très fière d'être infirmière. C'est tellement un privilège et une joie de s'occuper des gens dans leurs moments les plus sombres et leurs moments de joie. »* Mais elle est consternée par les changements qu'elle a vus depuis qu'elle a commencé à travailler.

« Les choses sont devenues vraiment terribles. Il y a, selon moi, une différence par rapport à il y a dix ans – je dirais que les choses se sont vraiment vraiment détériorées... Au début de ma carrière, je travaillais dans une unité de soins continus complexes. Un homme était mourant et ses enfants et sa femme étaient jeunes. C'est difficile de prononcer ces dernières paroles, une chose que la famille peut chérir et apporter avec elle. Pendant quelques jours, j'ai travaillé avec lui et je l'ai aidé à se préparer. Mais les conditions ont maintenant changé de façon dramatique. Selon moi la bienveillance et la compassion ont disparu, ce qui est difficile à dire pour moi. Et si ces choses se produisent – c'est-à-dire la bienveillance et la compassion – c'est sur mon temps personnel; c'est pendant mon heure de repas; c'est pendant ma pause. Je suis restée avec des patients après mes heures de travail parce qu'ils étaient seuls et qu'ils avaient eu de terribles nouvelles comme quoi il leur restait trois jours à vivre et personne n'était avec eux, je suis donc restée après mon quart de travail parce que je ressentais, au fin fond de moi, que c'était la bonne chose à faire. »



Katherine savait déjà, petite, ce qu'elle voulait faire dans la vie. *"« Je voulais être infirmière et m'occuper des gens »,* a-t-elle dit. Prendre soin des autres avait toujours fait partie de sa vie. Adolescente, elle a aidé à prendre soin de membres de sa famille qui souffraient de problèmes de santé chroniques. Les soins infirmiers semblaient être la voie naturelle. Elle a dit que ce fut une transition facile – une transition ancrée dans la compassion, la patience et la croyance que les soins de santé c'est une question de contact humain. Maintenant infirmière en soins palliatifs, elle a expliqué ceci : *« Les gens ont besoin de dignité à la fin de leur vie, c'est un moment particulier, c'est donc un honneur pour moi de les aider. »* Ça lui brise le cœur de ne pas donner plus d'elle-même à sa patientèle. Avec des dizaines d'années d'expérience, elle a été témoin de changements dramatiques quant à la façon dont les soins sont administrés. Katherine a dit : *« Le gouvernement est assoiffé d'argent. Tout ce dont nos gestionnaires nous parlent c'est d'argent, pas des patients. Nos hôpitaux s'écroulent. »* C'est tout à fait possible. Malheureusement, afin d'assurer l'équilibre budgétaire, les conseils d'administration, le personnel de direction et les gestionnaires des hôpitaux trouvent de plus en plus de façons de réduire les dépenses.



GESTIONNARIAT

Le *gestionnariat* est l'idéologie dominante derrière le financement actuel des soins de santé et l'organisation de sa prestation en Ontario. Il représente un changement fondamental quant à la façon dont les hôpitaux fonctionnent et a introduit des pratiques de gestion à la manière des entreprises dans notre système de soins de santé financé par l'État. Cela se caractérise par des couches de gestion administrative et une emphase sur la capacité de traitement et la productivité. En termes simples, il s'agit davantage de chiffres, de coûts et de productivité que de soins bienveillants axés sur la patientèle (Zelnick et Abramovitz, 2020). L'accent est mis sur l'économie de coûts et la priorisation d'indicateurs de rendement clés et d'objectifs rigoureux. Les gestionnaires contrôlent maintenant la répartition des ressources, le flux de la patientèle, les horaires et les budgets et ils sont eux-mêmes sous pression pour qu'un moins grand nombre de membres du personnel travaillent plus fort pour atteindre les objectifs. Cette pratique n'est pas seulement le reflet des demandes d'une population changeante ou de pressions économiques, c'est le résultat de décennies d'austérité qui considère les soins de santé comme un système qui doit être géré de façon plus efficace, plutôt qu'un programme social essentiel et un droit de la personne fondamental.

Un ensemble de présentations faites en 1999 au sujet du système de soins de santé du Canada, dont une a été faite par John Ralston Saul, a été publié sous forme de livre intitulé *Do We Care? Renewing Canada's Commitment to Health* (Est-ce qu'on s'en soucie? Renouveler l'engagement du Canada à l'égard de la santé). Une critique du livre incluait quelques arguments mémorables faits par John Ralston Saul (Glouberman, 2001).

> *… l'approche abstraite, axée sur le contrôle typique d'un système corporatiste dominé par les gestionnaires entraîne le déni pur et simple de problèmes aussi évidents que le manque de personnel infirmier et la radiation destructrice de certains services. John Ralston Saul affirme que la préoccupation à l'égard de l'assurance-maladie est passée d'une réelle compassion pour la patientèle à une préoccupation pour le résultat net. Parallèlement, il y a un déni persistant que la primauté de cette préoccupation pour l'efficience et un meilleur rapport qualité-prix a nui à l'assurance-maladie.*

John Ralston Saul (1999) s'est dit préoccupé par le fait qu'aucun débat public ni aucune politique convenue publiquement ne détermine les questions d'orientation ou de priorité pour notre système.

Les gestionnaires sont efficaces uniquement s'ils sont au service de la politique. Pourquoi a-t-on accordé une si grande importance aux gestionnaires? Nous n'avons jamais eu autant de gestionnaires. Les hôpitaux et autres établissements sont de plus en plus dominés par une approche managériale… Ce n'est pas une attaque contre les gestionnaires, mais une attaque contre le rôle accordé aux gestionnaires.

Katherine a décrit ce à quoi ressemble la priorisation d'un flux efficace de patient(e)s. Voici ce qu'elle a dit : *« En plus de l'acuité des besoins des patients, il y a une précipitation à donner leur congé aux gens afin que de nouveaux patients prennent leur place. »*

Guytano Virdo (2025) a exploré la question à savoir comment le gestionnariat affecte la façon dont les hôpitaux sont gérés. Il explique :

Dans le contexte du néolibéralisme et du gestionnariat, les travailleur(euse)s de la santé sont confrontés au fait que les soins sont de plus en plus traités comme étant une marchandise en vertu de laquelle les travailleur(euse) s sont des objets de contrôle plutôt que des membres importants d'une équipe de soins de santé, et la qualité est considérée dans le contexte de la concurrence sur le marché plutôt que selon les besoins des prestataires et des bénéficiaires des soins de santé.

Il affirmé que, en termes pratiques, le gestionnariat a changé les priorités des soins en milieu hospitalier et modifié les structures de gestion. « L'autorité décisionnelle s'éloigne du personnel médical de première ligne et se tourne vers les administrateurs et le personnel de direction qui dépendent d'une supervision orientée sur les données. Cela peut créer des tensions entre le jugement clinique et les priorités de gestion, entraînant des sentiments de frustration parmi les travailleur(euse)s de la santé. »

En Ontario, les hôpitaux sont réglementés par le gouvernement, mais ils sont assujettis aux mêmes mesures de réduction des coûts et réformes de gestion que les hôpitaux privés à but lucratif, qui sont dominés par les chiffres – indicateurs – qui mesurent tout, du débit de patient(e)s à la productivité du personnel.

Andy a pris la décision de devenir infirmier après avoir eu l'occasion de travailler comme surveillant de patient(e)s. Cette expérience a tout changé. Il a dit : *"« Simplement me retrouver au chevet d'un patient et avoir ce lien avec lui, c'est ce qui m'a fait réaliser que je devais devenir infirmier. »* Il est retourné aux études et a éventuellement commencé à travailler comme infirmier à temps plein dans une unité de médecine et de cardiologie. Maintenant dans la trentaine, il a passé presque dix ans à prendre soin de patient(e)s qui souvent arrivent à l'hôpital au moment le plus vulnérable de leur vie et ont besoin de plus de soins pratiques que ce qu'il peut facilement donner. Il affirme fermement qu'il est nécessaire d'avoir une meilleure dotation en personnel pour le bien de sa patientèle et du personnel infirmier. Il a affirmé être contrarié parce qu'il voit l'hôpital investir beaucoup d'argent dans l'infrastructure sans contribuer aux soins directs à la patientèle, tout en mettant simultanément à pied du personnel de première ligne et en étendant le contrôle du personnel de gestion. *« Ils ont mis à pied un grand nombre des membres de notre personnel et maintenant on a droit à tous ces nouveaux investissements à l'hôpital et on ne voit pas cet argent être investi dans les soins de chevet aux patients ou dans la dotation en personnel de nos salles d'opération. Et puis je vois mon directeur général recevoir une augmentation de salaire à six chiffres et mon personnel de direction stratégique recevoir une grosse augmentation. Et je suis juste confus; il y a plus de gestionnaires qu'avant. »* Il a affirmé que les hôpitaux ne peuvent pas tout simplement mettre du personnel dévoué à pied, du personnel qui travaille

sans relâche pour offrir des soins de qualité. Selon lui, c'est un décalage important entre la direction et le travail qui se fait réellement sur le terrain.

Lena a décrit la façon dont le gestionnariat se déroule dans son milieu hospitalier. Elle a affirmé que, en majorité, au début de sa carrière, elle se sentait fière des soins qu'elle offrait. Contrairement à aujourd'hui, le personnel infirmier avait le temps, pas seulement pour administrer des médicaments et effectuer des traitements, mais également de s'asseoir avec la patientèle qui avait peur, de réconforter les familles et d'offrir les soins émotionnels dont la patientèle mourante avait besoin. Elle décrit le système hiérarchisé actuel comme étant *« brisé »*.

« Le personnel de première ligne avec lequel on travaille est incroyable. Tous les membres de l'équipe interdisciplinaire sont des anges, mais c'est un système qui est brisé. Ce sont les personnes au-dessus de notre gestionnaire qui mettent toujours l'accent sur l'argent et l'occupation des lits. Ces personnes affirment que ces systèmes obligatoires pour les hôpitaux sont conçus pour aider l'expérience des patients. Mais, en fait, ils enlèvent du temps aux soins de chevet aux patients. Nos ressources sont déjà utilisées au maximum et après l'hôpital veut qu'on fasse toutes ces autres choses, toutes ces 'initiatives de soins' et 'rondes de soins' et 'améliorations continues de la qualité'. Mais ça prend beaucoup de notre temps. Et, selon moi et d'autres infirmières, c'est fait juste pour couvrir les dettes de l'hôpital et imposer plus de responsabilités aux infirmières. Et on ne se sent pas soutenus. On travaille en sous-effectif et ils ne le voient pas. On travaille avec moins et on en fait plus maintenant. Et ça nous épuise. »

Sumaia est une infirmière en soins post-partum dans la mi-trentaine. Elle a dit qu'elle a toujours voulu travailler avec les nouvelles mamans et leurs bébés. *« Je me rappelle avoir regardé le documentaire A Baby Story (L'histoire d'un bébé) lorsqu'il est sorti. J'ai toujours voulu être infirmière. De mon enfance jusqu'au secondaire, je savais que je voulais devenir infirmière. »* Maintenant, compte tenu du grave manque de personnel, elle aime de moins en moins la profession. Et elle est exaspérée par le refus de son gestionnaire de s'attaquer à la baisse du moral du personnel infirmier, le gestionnaire fait plutôt encore plus de demandes injustes. Elle a affirmé que plutôt que d'embaucher du personnel infirmier additionnel, l'hôpital a embauché une nouvelle gestionnaire qui leur a envoyé des courriels de rappel pour des mises à jour sur la formation en ligne obligatoires. Mais il est très difficile de trouver le temps de le faire. *« On n'est pas payées pour le faire à la maison. Et je ne le fais pas au travail non plus; lorsque je rentre au travail, mon temps est précieux et on est toujours en sous-effectif. Tu payes donc le salaire d'une gestionnaire pour me dire que ma formation est due alors qu'en réalité tu pourrais embaucher deux infirmières avec son salaire. »* Sumaia a également parlé de toutes les heures supplémentaires impayées qu'on s'attend qu'elle fasse en tant qu'infirmière post-partum.

« Je commence à 19 h mais on s'attend à ce que j'arrive à 18 h 45 – sans être payée. On s'attend donc à ce qu'on arrive 15 minutes plus tôt et qu'on reste 15 minutes



après notre quart de travail, 30 minutes, sans être payées pour rédiger des rapports, ce qui m'a toujours dérangé parce que, comme je travaille à temps plein, c'est deux heures dans une semaine de travail à temps plein. Et su tu essaies de soumettre des heures supplémentaires, ils vont tout simplement te les refuser, ce qui semble tellement injuste. »

Le manque, non seulement de personnel mais également de ressources, a une incidence sur la capacité du personnel infirmier à offrir des soins. Lena a décrit de quelle façon cela les affecte.

« Si on perd un patient pendant un quart de travail, ils vont essayer de placer un nouveau patient dans ce lit dès que possible… Et, très souvent, notre équipement ne fonctionne pas, alors on arrive au travail et on n'a pas les outils pour faire notre travail correctement… nos ordinateurs sont brisés; ils ne fonctionnent pas adéquatement, on doit alors partager un ordinateur. Ça ajoute du stress; ça prend juste plus de temps pour commencer notre journée. C'est comme ça chaque jour – les choses qui ne fonctionnent pas adéquatement, le manque de linge d'hôpital… Les infirmières passent leur temps à improviser… On manque d'effectif. On travaille sous pression. Souvent, on travaille sans préposés, on doit donc répondre au téléphone; on porte plusieurs chapeaux, et cela mène à l'épuisement professionnel. Souvent ils font des admissions les fins de semaine lorsqu'il n'y a pas d'équipe interdisciplinaire supplémentaire. Il n'y a pas de travailleurs sociaux. Il n'y a pas d'aumônier. Il n'y a pas de diététicienne… les infirmières doivent prendre beaucoup de décisions, ont énormément de responsabilités avec moins d'employés pour les aider, mais personne voit ça. C'est beaucoup de pression. »

Plusieurs membres du personnel infirmier ont affirmé que lorsqu'ils demandent aux gestionnaires pourquoi l'hôpital n'investit pas plus d'argent dans la dotation en personnel ou même l'équipement, ils répondront sans cesse qu'ils n'ont tout simplement pas les fonds pour ça.

Erin, maintenant âgée dans la cinquantaine, est infirmière depuis plus de trente ans. Elle affirme que les soins infirmiers étaient le bon métier pour elle. *« J'étais incapable de me voir faire autre chose. Je ne suis pas du genre à rester assise à un bureau… J'ai travaillé en soins complexes, en dialyse, en oncologie, et maintenant je travaille dans un service de médecine… J'ai appris, au fil des années, en travaillant avec différentes personnes, en regardant les personnes dont je prends soin, si c'était moi, ou un membre de ma famille, comment voudrais-je être traitée? Ça a été ma philosophie tout au long de ma carrière. »* Elle a affirmé qu'il n'y a pas suffisamment d'heures au cours d'un quart de travail pour faire le travail auquel on s'attend d'eux, mais il n'y a pas de personnel additionnel disponible, ce qui rendrait leur charge de travail plus gérable.

« Ils refusent de payer les heures supplémentaires. C'est trop cher. Mais ils n'ont pas les infirmières, ils doivent donc payer les heures supplémentaires. Mais ils vont exiger que tu travailles avec un membre du personnel en moins avant de te faire faire des heures supplémentaires. Même si notre personnel de soutien ou nos préposés aux services de soutien à la personne travaillaient à temps plein, mais ils refusent de les faire travailler à temps plein parce que cela augmente les avantages sociaux qu'ils doivent payer et s'ils prennent des congés de maladie ça leur coûtera de l'argent. Mais ils ne font pas de coupures à la haute direction. Ils ont des gestionnaires par-dessus des gestionnaires. Ils ne s'en débarrassent pas. Ils ne font que les réaffecter et leur donner un titre différent. »

Erin a expliqué de quelle façon les communications au sujet de la patientèle et de la disponibilité des lits et ainsi de suite se faisaient avant par les professionnel(le)s de la santé qui connaissaient les besoins des patient(e)s, dans quel service ils devraient être et de quelles ressources ils auraient besoin. Maintenant, ce sont les opérations cliniques qui gèrent ça.

« Ils ont maintenant des opérations cliniques. Ils ne savent pas ce qu'ils font. Ils coûtent cher. Et ils vous disent d'admettre des patients dans les couloirs ou dans nos zones de débordement. Et les membres du personnel infirmier examinent



les patients et disent qu'on ne peut pas prendre ce patient; on ne peut pas les accepter dans cette zone. Et ils exercent sans cesse des pressions et t'intimident et t'ordonnent de prendre ce patient. Puis quand le patient arrive, on apprend qu'il a des problèmes cognitifs ou qu'il a un problème avec sa microbiologie, ils lui ont fait passer des tests, mais il ne devrait pas se retrouver dans des zones fermées ou des aires communes. J'ai eu d'excellents gestionnaires et j'en ai eu des terribles, mais la plupart des gestionnaires relèvent de quelqu'un qui, à son tour, relève de quelqu'un. On nous dit qu'on ne peut pas acheter tel équipement parce qu'il n'y a pas d'argent; il y a un gel des embauches. Mais comment pouvez-vous faire un gel des embauches alors qu'il y a autant de postes vacants? »

Zahra est une infirmière post-partum dans la quarantaine qui a amorcé sa carrière dans une maison de retraite. Elle a dit ceci : *« J'étais tellement fière. J'ai pris soin des résidents et ils étaient vraiment reconnaissants parce qu'ils sentaient que quelqu'un les aidait, que quelqu'un était là tout le temps pour les aider. »* Elle est consternée que, malgré le besoin d'avoir plus de personnel infirmier, le gestionnaire a plutôt ajouté un membre du personnel de supervision.



« Notre budget a été coupé. Et dès lors ils ont coupé des infirmières, mais personne à la direction. On a maintenant trois infirmières à l'étage, mais on a un chef clinique, un éducateur et une infirmière chef – toutes des personnes qui ne s'occupent pas des soins aux patients. Ils sont là pour nous superviser, nous guider pour faire notre travail. »

Comme le souligne Virdo (2025), les soins infirmiers sont principalement considérés comme un important « coût budgétaire » et une cible principale pour les coupures.

Erin a affirmé qu'elle trouve que le rythme effréné axé sur les tâches en vertu duquel elle doit travailler maintenant est non seulement épuisant, mais émotionnellement paralysant.

« On devient tout simplement insensible… Ils gèrent un hôpital comme une entreprise… Et ce n'est pas à l'avantage de leurs employés. Ils n'en ont rien à foutre que tu doives concilier travail et vie familiale. Ils n'en ont rien à foutre que ton horaire n'est pas celui que tu voulais. Ça doit répondre à leurs besoins… Je pense que les signes étaient là depuis longtemps. L'important c'est l'argent… Ils veulent nous donner moins tout le temps. Moins de personnel infirmier. »



Restructuration

L'origine de la restructuration des soins de santé en Ontario remonte à 1995 lorsque le premier ministre Mike Harris et son gouvernement ont lancé ce qu'ils ont appelé la *Révolution du bon sens* (*The Common Sense Revolution* en anglais) (Keith et Brophy, 2022).

Ils se sont servis de politiques d'austérité néolibérales, qui étaient guidées par les intérêts du secteur privé à la recherche de profits et qui réduiraient considérablement les dépenses publiques. Ils ont ouvert des pistes pour une participation des entreprises dans le système de soins de santé en lançant des partenariats public-privé (PPP) pour la construction et la gestion d'établissements de santé.

Conformément à leur adoption de principes de *gestion de la qualité totale* (GQT) axés sur l'efficience, les conservateurs de Mike Harris ont réduit dramatiquement les services de soins de santé en éliminant plus de 11 400 lits d'hôpital, en fermant ou en fusionnant des douzaines d'hôpitaux et en réduisant le personnel des hôpitaux et des établissements de soins de longue durée de près de 25 000 personnes. Ainsi, le double problème du sous-financement et du manque de personnel s'est aggravé, ce qui, en retour, a érodé les soins. Les gouvernements subséquents, y compris les gouvernements libéraux de Dalton McGuinty et de Kathleen Wynne, ont continué d'utiliser les politiques néolibérales en mettant en œuvre des contraintes budgétaires et en privatisant davantage les services qui étaient auparavant couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario. En Ontario, les dépenses hospitalières ont commencé à diminuer par rapport à celles d'autres provinces et le personnel de première ligne a été sérieusement réduit, entraînant le déclin du système de soins de santé de l'Ontario et une situation chaotique et insoutenable.

Le déclin est davantage exacerbé sous l'égide du premier ministre Doug Ford et de son gouvernement conservateur. Au Canada, « Malgré une croissance du nombre de membres du personnel infirmier et du ratio infirmier(ère)-population, l'augmentation du nombre d'emplois vacants, des heures supplémentaires et des coûts suggère une inadéquation de l'offre et de la demande » (Wu et al., 2025). De plus, l'Ontario et plusieurs autres provinces s'en sont sortis beaucoup moins bien que le reste du pays puisque le ratio infirmier(ère)-population a en fait diminué. Et il est possible qu'il diminue encore.

Bien que le gouvernement provincial ait annoncé une « aide financière de 1,1 milliard de dollars cette année, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a affirmé que les besoins étaient le double de ce montant. Plus de 70 pour cent des hôpitaux prévoient des déficits et certains utilisent leurs réserves pour financer les dépenses



opérationnelles ». De plus, il y a de nombreuses suppressions de postes prévues afin que les hôpitaux diminuent leurs déficits. Erin Ariss, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO), a affirmé s'attendre à ce que le personnel infirmier soit durement touché par les coupures. « Lorsque (les hôpitaux) cherchent de nouvelles efficiences, ils se tournent vers les membres du personnel infirmier pour éliminer un élément du passif, c'est ce qu'ils sont selon eux » (Jones, 2026).

Selon le Bureau de la responsabilité financière (BRF) de l'Ontario (2025), la province a un nombre moyen de lits d'hôpital inférieur aux autres provinces, avec 230 par 100 000 de population comparativement à la moyenne nationale qui est de 249 par 100 000 de population, et avait les dépenses hospitalières les moins élevées par habitant(e) de tout le Canada.

> *En se basant sur le plan de dépenses du secteur de la santé présenté dans le budget de 2025, le BRF estime que les sommes prévues sont suffisantes pour pourvoir 143 726 postes d'infirmières et d'infirmiers financés par la province en 2027-2028, soit une baisse de 7 263 postes par rapport au niveau de 2024-2025. Par habitant, cela représente une baisse, puisque les 936 postes d'infirmières et d'infirmiers financés par la province pour 100 000 habitants en 2024-2025 passeront à 883 postes en 2027-2028.*

La situation ne risque pas de s'améliorer de sitôt. Selon Andrew Longhurst, chercheur principal du Centre canadien de politiques alternatives (CCPA) (2026) :

> *On ne voit guère de répit à l'horizon pour le système de soins de santé public de l'Ontario. Le budget de l'Ontario pour 2026-2027 impose l'austérité au système de soins de santé de la province en manque de ressources. L'Ontario finance les hôpitaux au taux le plus bas par habitant(e) au pays, soit 1 805 $ par personne, sous la moyenne nationale qui est de 1 949 $ par personne (selon les données de 2022), et la province avait le deuxième plus bas taux de financement par personne pour l'ensemble du secteur des soins de santé, à 5 268 $ par personne, sous la moyenne nationale qui est de 5 562 $ par personne. Cela se traduit par un système de soins de santé provincial qui subit tellement de pressions qu'il ne peut plus répondre aux besoins de la population. Les hôpitaux bondés et la médecine de couloir sont la norme.*

Doug Allan (2026), chercheur principal du SCFP, a affirmé que l'Ontario « a besoin de 48 000 membres du personnel à temps plein supplémentaire [ce qui comprend des membres du personnel infirmier] uniquement pour atteindre les niveaux de dotation en personnel des autres provinces. Nous avons besoin de financement additionnel pour compenser pour l'inflation dans les soins de santé (qui est considérable), le vieillissement de la population, la croissance de la population, l'utilisation accrue, les gens qui tombent malades plus jeunes et les gens vivant plus longtemps avec des conditions chroniques. »

Cette érosion des ressources a affecté la qualité des soins et augmenté les temps d'attente pour consulter des spécialistes, pour des chirurgies et pour des soins à l'urgence. La redoutée médecine de couloir prend également de plus en plus d'ampleur. Les données de janvier 2024 montrent que 1 860 patient(e)s par jour attendent ou sont traités dans des lits dans les couloirs ou d'autres espaces non conventionnels – une augmentation par rapport à 826 par jour en juin 2018 lorsque l'administration actuelle est entrée au pouvoir (Chamandy, 2024). Malheureusement, le gouvernement provincial a pris la décision de cesser de faire le suivi et de déclarer les incidents causés par la médecine de couloir, mettant fin à la transparence fondamentale à l'égard de la population. Le docteur Raghu Venugopal, un

médecin urgentiste de Toronto, a affirmé ceci : « La seule raison pour laquelle vous refusez de partager les données c'est la honte… [mais] ce n'est pas la faute d'une seule personne, ça fait des décennies que ça se fait, sous de nombreuses administrations… c'est comme un abcès, dites-le et faites face à la musique. » Il a affirmé que l'expérience pour la patientèle est « brutale » et un « affront pour la dignité humaine, un enjeu de sécurité pour la patientèle et simplement une façon affreuse de faire de la médecine ». Il a ajouté « que les sous-vêtements des patient(e)s sont changés ou que des examens confidentiels sont faits dans les couloirs d'hôpitaux en raison d'un manque de lits disponibles » (Duggal, 2026).

Lena a affirmé que, selon elle, la direction que prennent les soins de santé est loin d'être la bonne.

« C'est malheureux. J'adore la profession et j'adore mon travail et aider les gens. C'est pourquoi ça me tient à cœur, parce que c'est tellement injuste. Et quelque chose doit être fait. On est en sous-effectif. On n'est pas appréciées. On est sous-payées. On fait plus avec moins. On n'a pas de PSSP et on nous ordonne de plus en plus de participer à des initiatives globales obligatoires à l'hôpital qui sont conçues pour faire croire qu'elles sont là pour aider les infirmières et le système mais qui, en fait, enlèvent encore plus de temps à nos soins de chevet. »

Indicateurs de rendement

Les soins en milieu hospitalier en Ontario se caractérisent par le flux de travail, le morcellement des tâches, les contraintes de temps et les demandes d'efficiences axées sur les coûts. Une des demandes clés du gestionnariat est de recueillir les données afin de documenter la productivité et la rationalisation des coûts. On exige du personnel infirmier qu'il assume des tâches de prise de notes détaillées informatisée. Les systèmes de prise de note dans les dossiers de la patientèle sont utilisés à titre d'indicateurs de rendement, de gestion du temps et d'outils d'évaluation. En tant que prestataires de soins de première ligne, les membres du personnel infirmier doivent maintenant maîtriser un système complexe de plus en plus axé sur l'efficience et la productivité, plutôt que les soins à la patientèle (Virdo, 2025). En plus de prendre soin de la patientèle – souvent à un rythme effréné – ils doivent également fournir la documentation que leurs employeurs utilisent pour montrer qu'ils gèrent de manière efficace.

Mary est dans la cinquantaine. Elle est infirmière depuis plus de trente ans. Au cours des vingt dernières années, elle a travaillé dans une urgence. *« J'ai été témoin de beaucoup de changements, ça c'est certain. »* Bien qu'elle tire encore une satisfaction de la patientèle reconnaissante dont elle prend soin, elle affirme que le rythme auquel elle et ses collègues doivent travailler est débilitant. *« Je suis maintenant épuisée. »* Elle a décrit de quelle façon les indicateurs de rendement affectent les soins.

« Le changement que j'ai vraiment constaté au fil des ans c'est lorsqu'ils ont commencé à parler de cette rémunération du rendement. Ils obtiennent davantage du gouvernement lorsque nos chiffres sont meilleurs, lorsqu'on les admet, les traite et leur donne leur congé. C'est alors que les choses ont vraiment commencé à changer. Maintenant ils exercent tellement de pressions sur nous. »

Lisa a décrit le travail supplémentaire mais également le stress engendré par les exigences de prendre des notes informatiques.

« Lorsqu'on a mis en place notre nouveau système de prise de notes en ligne, tout notre plan de soins contenait tout ce que tu devais faire dans la journée, toutes tes tâches… tu dois toujours respecter l'horloge sur l'ordinateur… Tu passes donc plus de temps à t'inquiéter de l'horloge qu'à porter attention à ce que tu fais… Je dois faire ceci, ça et ça pour cette heure. Les soins aux patients, c'est pas ça. Tu sais jamais ce que tu devras faire quand tu rentres dans une chambre. »

Les membres du personnel infirmier doivent inscrire et justifier chaque tâche qu'ils font mais affirment que c'est loin de tenir compte de bon nombre des interactions qu'ils ont avec la patientèle ou du temps

additionnel qu'ils doivent passer parce qu'une tâche ne se déroule pas comme prévu. Ils sentent également qu'ils sont jugés en fonction de ce qu'ils saisissent.

Andy a expliqué que le personnel infirmier est tenu de faire énormément de prises de notes afin de se protéger – même si c'est aux dépens des soins à la patientèle.

« Les charges de travail sont lourdes. La majorité du temps, la nuit, je suis seul avec huit patients, et le jour, je dirais un pour cinq. Et on doit faire beaucoup de travail non sécuritaire, un problème qui n'est pas vraiment réglé… et c'est toi qu'on blâmera… je dis toujours à mes collègues qu'ils doivent se protéger et protéger leur permis d'exercice et ce sont leurs patients. Au bout du compte, peu importe ce qui se produit, on ne doit pas l'oublier. La prise de notes est si importante dans notre carrière même si on est incapable d'accomplir toutes nos tâches. Il y a de la paperasse qu'on doit faire pour se protéger. »

Sumaia a expliqué en quoi la prise de notes sous-représente fortement la charge de travail réelle à l'unité post-partum.

« Quand on prend des notes, notre système enregistre les temps. Donc, en fonction du temps enregistré, c'est ainsi qu'ils décident de combien d'employés on a besoin. Mais même si je prends des notes sur des signes vitaux, par exemple, ça veut pas que j'ai été dans une chambre pendant seulement dix minutes à installer un brassard pour prendre la pression de quelqu'un. Je suis avec un patient, j'ai une conversation avec lui. Il se peut que j'aie une mère avec des difficultés d'apprentissage. Il se peut que j'aie une mère avec une barrière linguistique. C'est pourquoi je dis qu'il n'y a plus de compassion, parce qu'ils voient ce que dit le système informatique. Il dit, 'Oh, tu as travaillé seulement pendant huit heures au cours de ton quart de douze heures.'. Mais, pour l'allaitement par exemple, on est dans la chambre entre 30 et 45 minutes à aider ces mères. On les encourage, on leur apprend. On fait également plusieurs choses en même temps, donc pendant qu'on apprend à une mère comment allaiter, on lui apprend également beaucoup d'autres choses sur ce qu'est être parent. Et on se fait réprimander. Ils passent sans cesse en revue notre prise de notes. Ils posent des questions du genre 'Oh, pourquoi tu n'as pas fait ça pendant ton quart de travail?'. Mais juste parce que je n'ai pas pris de notes au sujet de ma conversation qui a duré 30 minutes ne veut pas dire qu'elle n'a pas eu lieu. Les soins infirmiers c'est tellement plus que seulement les tâches que ces programmes informatiques mesurent pour les gestionnaires. »

Pat et Hugh Armstrong, des chercheurs canadiens, ont émis des avertissements au sujet des conséquences de telles techniques de gestion il y a 15 ans. Dans un article de 2010, ils ont écrit au sujet de la façon dont les gestionnaires des hôpitaux ont cherché à accroître le contrôle sur le travail du personnel infirmier et à l'accélérer en utilisant les techniques de taylorisme, qui sont essentiellement celles utilisées pour organiser le travail sur les chaînes de montage industrielles. La direction a analysé les tâches individuelles, les a minutées et enregistrées, puis a réorganisé le travail pour répondre à un modèle prédéterminé.

Il est cependant rapidement devenu évident que le but était d'accélérer le travail et de réduire le personnel. Même lorsque les chiffres montraient qu'il était nécessaire d'avoir plus de personnel, le personnel infirmier a constaté que les chiffres étaient tout simplement recalculés pour montrer que ce qui initialement prenait 120 pour cent de leur temps prenait maintenant seulement 80 pour cent. Ces techniques de mesure des tâches ont été combinées aux systèmes de classification de la patientèle et aux systèmes d'information patient. Ces systèmes, comme les systèmes de mesure du travail, ont été présentés comme étant des façons d'améliorer les soins à la patientèle… [mais] étaient en fait des formes indirectes de contrôle du travail du personnel infirmier.

Sumaia a également exprimé sa frustration quant à la façon dont la documentation est utilisée pour faire un suivi des activités du personnel infirmier et contrôler ces activités, ainsi que son incapacité à capturer les complexités des soins qui sont réellement donnés. Elle a dit que cette approche fait fi des nuances des interactions et des relations avec la patientèle. Sumaia a souligné que de nombreux aspects des soins infirmiers ne sont pas capturés par le système. *« On fait pas juste des tâches. On est en relation avec des patients, on a des conversations et on a une réelle incidence sur leur vie. »* Cela l'attriste de voir que la dimension relationnelle des soins à la patientèle est souvent négligée en faveur d'indicateurs qui priorisent l'accomplissement de tâches plutôt que les relations avec la patientèle et les expériences de la patientèle. *« Il n'y a plus de compassion parce qu'ils voient seulement ce que dit le système informatique. »* Elle a évoqué un incident qui s'est produit il y a dix ans et au cours duquel le fait d'avoir du temps pour faire preuve de bienveillance et de compassion a fait en sorte qu'une mère a pu quitter une situation de violence conjugale.

« J'étais entrée dans sa chambre et j'ai remarqué qu'elle reniflait un peu. Je lui ai alors demandé si ça allait. Elle s'est tout simplement effondrée et m'a tout raconté. Imaginez si je n'avais pas posé la question. Elle serait retournée à la maison et qui sait ce lui serait arrivé à elle et au bébé. Heureusement, ce n'était pas un quart de travail super occupé, mais si ça l'avait été, je n'aurais probablement même pas posé la question parce que j'aurais pensé à toutes les autres choses que j'avais à faire. On a fini par faire appel à une travailleuse sociale et elle a quitté avec un membre de sa famille. On a aussi appelé la police. Elle continue de consulter le même obstétricien avec lequel je travaille encore également, elle est remariée, a eu d'autres enfants et est dans une relation saine. »

Sumaia a poursuivi en disant que, vraisemblablement, puisque les soins infirmiers sont *« plus une question de chiffres et de logistique »,* elle ne peut pas offrir les soins pour lesquels elle a été formée. Et elle trouve cela regrettable.

« T'es censée prendre les signes vitaux et les inscrire en 15 minutes, c'est tout. Si j'entre dans la chambre d'une mère à 4 h et qu'elle pleure parce qu'elle a plein de problèmes avec son bébé, je n'ai pas le temps de m'occuper de ça à ce moment-là. Et c'est la partie avec laquelle j'ai de la difficulté. Je suis devenue infirmière pour aider les gens et je n'ai plus le temps pour aider les gens… Je ne peux pas le faire quand je prends soin de cinq dyades [des duos mère-bébé]. »

Privatisation

L'Ontario privatise les services progressivement, comme les laboratoires médicaux, les services de buanderie, les services de diététique, les services d'imagerie diagnostique, etc. Et un plus grand nombre d'établissements privés apparaissent, évoquant des préoccupations au sujet du changement vers la médecine à deux vitesses. La Coalition ontarienne de la santé (2022) explique les répercussions d'une privatisation accrue qui, selon elle, menace les « principes fondateurs de notre système de soins de santé public ». La Coalition ontarienne de la santé a identifié cinq faits au sujet de la médecine à deux vitesses : les cliniques privées augmentent les temps d'attente pour 99 pour cent des gens; les cliniques privées offrent une qualité de soins inférieure; les hôpitaux privés sont moins efficaces; les ententes de partenariat public-privé coûtent plus cher et offrent moins; et les patient(e)s doivent payer plus en impôts et de leur poche. La Coalition ontarienne de la santé a affirmé ceci : « C'est un système pour les riches. Il élargit le fossé entre le 1 pour cent et le 99 pour cent restant. Les gens qui en ont les moyens financièrement paient pour passer devant tout le monde, même lorsqu'elles ont moins besoin de soins médicaux ou qu'elles n'en ont absolument pas besoin, et achètent des soins inutiles, retardant ainsi l'accès aux soins pour les autres personnes qui en ont davantage besoin. »



Il est clair que le système actuel n'offre pas les soins dont la population ontarienne a besoin. Mais il n'y a pas eu de débat public à savoir si nous attachons toujours de l'importance à un système public universel et si nous serions prêts à travailler pour apporter les changements nécessaires pour le corriger ou si nous sommes heureux de voir un système à deux vitesses être mis en place où les meilleurs soins et les soins plus rapides sont donnés aux personnes qui en ont les moyens financièrement. John Ralston Saul (1999) suggère que le système public a été délibérément sous-financé et restructuré de sorte qu'il ne répond plus à nos besoins. « Les difficultés actuelles de l'assurance-maladie découlent en partie des gens qui nous disent que le système ne fonctionne pas, puis qui prennent des mesures pour s'assurer qu'il ne fonctionnera pas, puis nous répètent encore 'Vous voyez, on vous l'a dit que ça ne fonctionnait pas.'. » En d'autres termes, on a fait croire à la population qu'il était impossible d'exploiter ou de corriger le système et qu'un nouveau système – comme un système à deux vitesses – est nécessaire. Par naïveté, confiance aveugle, frustration ou désespoir, de nombreuses personnes pourraient accepter cet arrangement, voire même l'adopter.

Mary a affirmé qu'elle voit le système *« pousser, pousser, pousser en faveur de la privatisation… Vous savez on entend ce qui se passe en Alberta en ce moment et je ne comprends pas comment les gens font pour ne pas voir clair… Je constate que [le gouvernement provincial] exerce de plus en plus de pressions pour la privatisation des services. »*

Ellen, une infirmière en réadaptation musculosquelettique qui travaille dans la profession depuis plus de trente ans, a affirmé qu'elle a commencé à travailler en finances mais a changé de métier lorsque sa tante lui a dit qu'elle était excellente pour régler les problèmes et qu'elle devrait opter pour une carrière qui mettrait davantage cette compétence à profit. *« C'est alors que j'ai choisi les soins infirmiers… J'adore ce métier. Je me suis rendue compte qu'aider les gens me donne un sentiment de paix et d'appartenance. C'est ce besoin d'aider un autre être humain qui me procure un sentiment de satisfaction. »* Mais elle s'inquiète des menaces faites contre le système public et est d'accord que la privatisation n'est pas équitable. *"« Les riches, qui peuvent payer pour un système privé, recevront les soins dont ils ont besoin plus qu'une personne qui n'en a pas les moyens financiers et qui doit aller s'asseoir à l'urgence ou dans une clinique de soins d'urgence et attendre pendant des heures qu'une personne puisse lui offrir des soins. Les riches n'ont qu'à sortir leur carte Visa et à dire 'J'ai besoin de soins immédiatement.'. »*

Plusieurs membres du personnel infirmier qui ont été interrogés ont laissé entendre que l'effondrement financier du système public n'est pas seulement une question de circonstance, mais plutôt le résultat d'une conception intentionnelle ou de décisions politiques.



Jane

« Et en même temps j'ai une patiente en soins palliatifs dont l'état se dégrade maintenant rapidement et j'ai mon patient utilisateur de drogues injectables qui avait des douleurs à la poitrine. Donc, pendant tout ça, je me demande 'Est-ce que je dois aller rendre ma patiente en soins palliatifs confortable. Est-ce que je dois essayer de sauver l'utilisateur de drogues? Ou est-ce que je dois aller relever la femme nue et confuse? Qu'est-ce que je fais?

J'ai demandé de l'aide mais tout le monde était débordé avec ses propres patients. Impossible d'avoir de l'aide. »

Kim a dit ceci : *« C'est fantastique de voir la naissance de bébés et d'apprendre aux nouveaux parents comment s'occuper des nouveau-nés. C'est une période excitante. Et je me suis déjà retrouvée auprès de personnes lorsque la trajectoire de leur vie a changé dramatiquement en un claquement de doigts, et c'est dévastateur. »* Elle a affirmé adorer travailler en soins infirmiers mais qu'elle est de plus en plus perturbée par ce qu'elle voit et par la privatisation rampante qui menace les soins de santé publics.

« Ils sous-financent intentionnellement afin de prôner un programme de privatisation. Ils n'investissent pas dans les soins de santé publics. Et ils utilisent l'argent des contribuables pour les cliniques privées… qui, en retour, facturent l'assurance de quelqu'un ou le patient encore plus… On arrive à un moment où les baby-boomers vont mener à une hausse des admissions à l'hôpital parce que notre population est vieillissante. Ça c'est juste les faits. La demande sera donc plus grande pour notre système de soins de santé public sous-financé intentionnellement en pleine crise… j'ai un enfant qui souffre d'un problème de santé très complexe. Les soins de santé et les chirurgies n'ont plus de secrets pour nous, tout comme le fait d'être à l'hôpital et d'être un patient et la mère d'un enfant qui a subi une opération. La privatisation me terrorise. Si j'étais aux États-Unis, mon enfant serait considéré comme valant son pesant d'or ou un bébé à un million de dollars. On aurait probablement perdu notre maison à essayer de participer aux frais. Ce sera une gestion à vie pour mon fils. C'est définitivement une préoccupation parce que, qu'arrivera-t-il s'il ne peut pas travailler en raison de son problème de santé ou s'il se trouve un travail mais n'est pas admissible à une assurance en raison de sa condition préexistante? On a besoin de soins de santé publics de qualité. Je crois que les soins de santé sont importants pour tout le monde. Et la privatisation? Les gens ont de la difficulté à payer l'épicerie en ce moment. Qu'est-ce qui va se passer? Il y a des personnes âgées qui étirent la durée de leur médicament parce qu'elles ne peuvent pas payer l'infime partie de leur participation aux frais, en plus du coût de la vie et du loyer et de toutes ces autres choses. Les décideurs ne pensent pas aux autres, vraiment. Les personnes désavantagées, les personnes qui reçoivent des prestations du POSPH [Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées]. Les gens ont de la misère à répondre à leurs besoins fondamentaux. La privatisation c'est juste pour l'élite et les riches, et les autres sont tout simplement désavantagés. »

Andy a affirmé avoir le cœur brisé de voir la privatisation s'infiltrer et s'est dit inquiet de ses conséquences négatives sur les soins de santé publics. *« Au bout du compte, je sais qu'on a tous besoin de notre système public. On a tous besoin d'y avoir accès. On a déjà du mal à joindre les deux bouts. »* Il a affirmé croire fermement que la privatisation se cache derrière la décision de sous-financer les soins publics.

« La privatisation est un facteur énorme parce que nous retirons de l'argent directement de notre système public pour le mettre dans les poches d'investisseurs privés et de cliniques privées qui font croire aux gens qu'ils seront opérés immédiatement – ce qui sera le cas s'ils peuvent payer… Si tu vas à l'urgence et que tu dois être opéré, tu ne devrais pas avoir à payer pour cette chirurgie et tu ne devrais pas avoir à attendre six mois. On doit financer notre système public et on doit mettre fin à la privatisation. Ça va créer une division au sein de notre société. Vous allez permettre aux personnes ayant un revenu élevé de recevoir des soins de santé décents – elles sont la priorité du gouvernement en ce moment – et les personnes à faible revenu pourront aller dans le système public, qui est déjà saturé et sous-financé. »

Andrew Longhurst (2026), chercheur du CCPA, réitère le point de vue du personnel qui suspecte que le sous-financement des soins de santé publics est une stratégie conçue pour introduire davantage de privatisation avec moins de résistance. Il affirme « que la crise dans les soins de santé publics s'aggrave en Ontario. Le nouveau budget provincial encourage davantage de

privatisation – tant les paiements directs pour des services de santé que la sous-traitance à des entreprises appartenant à des investisseurs ». Bien qu'il affirme que des renseignements précis au sujet des dépenses pour des soins de santé privés ne soient pas disponibles publiquement, il souligne les dépenses que nous connaissons. « Bien que le secteur des hôpitaux publics soit réduit par l'entremise d'un financement provincial réduit, l'Ontario accroît le nombre de contrats de sous-traitance avec des établissements chirurgicaux à but lucratif. En décembre, le gouvernement de l'Ontario a annoncé quatre nouveaux établissements de chirurgie orthopédique privés dans le cadre d'un projet de 125 millions de dollars visant à accroître la participation du secteur à but lucratif. »

Jane, une infirmière en médecine chirurgicale, a affirmé que son intérêt pour le métier d'infirmière s'est manifesté à un jeune âge, provoqué par la maladie de son grand-père. Quand elle était petite, il a souffert d'un cancer et une infirmière en prenait soin en lui rendant régulièrement visite à la maison. Cette expérience l'a marquée. Elle avait un sens du devoir et un sentiment d'accomplissement au début de sa carrière. Voici ce qu'elle a dit : *« Ma propre conscience morale a fait en sorte que j'ai voulu aider les gens parce que je pouvais comprendre à quel point ils étaient vulnérables et qu'ils ont besoin de bons soins infirmiers. Je me suis tout simplement lancée tête première, sans réserve, dans les soins infirmiers. J'avais trouvé ce qui m'allumait. »* Maintenant elle trouve que les soins qu'elle est capable d'offrir font défaut et que les conséquences sur son bien-être sont difficiles. Elle croit que la privatisation de nombreux services a ajouté à la pression qu'elle ressent et souhaite ardemment que le financement des soins de santé soit à nouveau injecté dans le système public.

« Ils rationnalisent les hôpitaux. Ils rationnalisent les maisons de soins de longue durée. Ils construisent tous ces établissements privés, ces hôpitaux privés, ces établissements de soins de longue durée que les gens n'ont pas les moyens de payer. Les gens ont déjà de la difficulté à sortir du seuil de pauvreté et ils occupent un emploi à temps plein. J'ai moi-même de la difficulté à joindre les deux bouts. Et c'est difficile parce que j'aime mon travail; c'est un travail très enrichissant. Au bout du compte, je rentre à la maison en sachant que j'ai offert les meilleurs soins que je pouvais à quelqu'un. Mais je considère également le fait que j'ai une jeune famille. Je n'ai pas encore de maison à moi. Je dois encore de l'argent sur mon véhicule. Je suis endettée jusqu'aux oreilles. Mais j'aime mon travail et c'est ce que j'en retiens. Mais ce n'est pas pour tout le monde. Vous savez, il se peut que les personnes qui se lancent en soins infirmiers ou celles qui viennent en tant que prestataires de soins de santé n'aient pas accès à des choses comme un logement abordable, un coût de la vie abordable. Certains travailleurs de la santé gagnent à peine un peu plus que le salaire minimum. J'ignore comment ils arrivent à joindre les deux bouts et c'est tellement décourageant parce que j'entends certains de mes collègues de travail dire qu'ils doivent maintenant aller à la banque alimentaire. Ils font la file aux côtés des patients dont ils prennent soin à la banque alimentaire parce qu'aucun d'eux n'arrive à joindre les deux bouts. Puis tu te retournes et tu regardes le gouvernement et tu te demandes combien d'argent a été retiré au secteur public pour construire un établissement privé… puis tu vois les hôpitaux publics qui ont de la difficulté, surpeuplés, avec des patients sur des civières dans les couloirs – tout ça pour un moins grand déficit? C'est ça le problème. C'est juste pas la bonne façon de distribuer l'argent. Ils parlent de donner tout cet argent aux hôpitaux publics. Ok, venez vous allonger dans ce couloir. Venez ici et dites-moi en quoi c'est ok… Je crois que si on cessait de construire ces établissements privés et qu'on injectait l'argent dans le secteur public, les hôpitaux publics, le système public, on disposerait alors du financement et des ressources appropriés pour voir à ce que les infirmières puissent pratiquer en toute sécurité. Ça ramène l'argent là où il devrait déjà être. »

Lena est également contrariée par ce qu'elle perçoit comme étant les mauvaises priorités du gouvernement.

« Je crois que le gouvernement provincial doit examiner le tableau dans son ensemble. Il y a tellement de baby-boomers et de personnes âgées qui se retrouvent maintenant dans notre système de soins de santé. Ils ont travaillé toute leur vie et méritent des soins plus humains. Ils ne méritent pas d'être mis de côté en raison des priorités du gouvernement. Je crois qu'on mérite tous des soins de santé publics en Ontario et la privatisation est la fin si on suit cette voie. On doit lutter pour notre système public. On a besoin de plus de lits. On ne doit pas fermer des lits. On doit soutenir nos infirmières, non pas les accabler. Je crois que le programme du gouvernement est d'essayer d'obliger les infirmières à quitter pour aller travailler dans des cliniques privées – cela ne fera qu'affecter davantage notre système brisé. On a besoin d'aide. On a besoin de plus de financement – on n'a pas besoin de moins de financement. C'est une crise. »

Claudette, elle aussi, est très inquiète au sujet des conséquences qu'aura la privatisation sur les Ontarien(ne)s qui n'ont pas les moyens financiers de payer pour de soins de santé.

« L'accès aux soins de santé c'est important. La privatisation affectera les personnes qui n'ont pas les moyens de payer pour ces soins. Des membres du personnel quitteront le système public. Et puis vous aurez encore moins de personnel infirmier disponible pour prendre soin des patients dans nos hôpitaux. Et les temps d'attente seront plus longs, particulièrement pour les gens qui se rendent à l'urgence. »

Erin comprend pourquoi, malheureusement, certains membres du personnel infirmier sentent qu'ils doivent quitter le système public. *« Les infirmières voudront occuper des emplois dans le secteur privé parce qu'elles seront payées plus cher ou parce qu'il leur sera plus facile de concilier travail et vie familiale. Et puis ça nous affecte tous financièrement. On sera perdants parce que nos infirmières iront travailler dans des cliniques privées et on en paiera le prix. »*

Andy voit également des membres du personnel infirmier quitter le système public et il blâme carrément le gouvernement provincial.

« Ça vient du bureau du premier ministre… Je ne sais pas combien d'études ont été présentées et combien de fois ils se sont fait dire que nous avions besoin de plus d'argent en Ontario juste pour une question de stabilité – tout le monde est en déficit en ce moment. Comment faites-vous pour faire fonctionner un système public et des hôpitaux publics avec un déficit?… Honnêtement, je ne vois pas notre système de soins de santé d'un bon œil en ce moment. Il y a tellement d'infirmières qui veulent renoncer à leur carrière ou veulent aller travailler dans le secteur privé. Tout est tellement cher, elles iront donc travailler là où elles feront le plus d'argent. J'y ai moi-même pensé afin d'assurer la stabilité de ma famille. Mais je suis incapable d'oublier le système public et d'où je viens et ma communauté en bout de ligne, parce que j'ai des proches ici qui doivent utiliser le système public – c'est le cas pour la plupart d'entre nous. J'ai peur que nous perdions nos hôpitaux publics et notre système public. C'est très épeurant. Je déteste le dire, mais c'est vers là qu'on se dirige en ce moment. »



Manque de personnel et charge de travail

Malgré la preuve indéniable qu'un plus grand nombre de membres du personnel infirmier est nécessaire, il continue d'y avoir des pénuries de personnel dans les hôpitaux – dans certains cas des hôpitaux mettent même à pied des membres du personnel infirmier – laissant ceux qui restent à devoir gérer des charges de travail épuisantes et des cas de plus en plus complexes sans soutien adéquat. Alors que le fardeau sur le personnel infirmier s'accroit, le risque d'épuisement professionnel, le roulement de personnel et la diminution de la satisfaction professionnelle augmentent également.

Le plus récent sondage mené par le Registered Practical Nurses Association of Ontario (WeRPN, 2026) a conclu que « soixante-douze pour cent des infirmier(ère)s interrogé(e)s affirment que leur charge de travail a augmenté cette année. Au cours d'un quart de travail moyen, un peu plus de la moitié (51 pour cent) des infirmier(ère)s interrogé(e)s affirment faire plus d'heures de travail que ce qui est prévu à leur horaire. »

Erin, une infirmière en médecine chirurgicale, a décrit une journée dans sa vie en tant qu'infirmière dans une unité de médecine chirurgicale en sous-effectif.

« Je fais des quarts de travail de 12 heures. J'arrive, on me donne mon affectation. Je travaille sur une unité médicale très occupée, je devrai donc m'occuper de différents patients dont l'acuité des besoins sera variée tout au long de la journée. Et, bien entendu, ça change avec les admissions et les congés. Je vais commencer par me présenter, je prends leurs signes vitaux, je fais mes évaluations et j'essaie d'adapter ma journée. Parfois, ça me prend jusqu'à trois heures pour distribuer les médicaments, ce qui, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, n'est pas la meilleure pratique. Mais parfois on ne peut pas faire autrement. Ta situation change chaque jour, chaque heure, chaque minute. Je dois faire face à ça. Il se peut qu'un de mes collègues ait des problèmes. Qui va l'aider? Ça doit être moi. Je suis l'infirmière la plus expérimentée sur l'étage. On a beaucoup de nouveau personnel. Je peux être une personne-ressource, un soutien moral, une personne de confiance, la personne à aller voir au sein de mon groupe … Je n'ai pas toutes les réponses, mais je fais vraiment de mon mieux ça c'est certain. Les membres des professions paramédicales ont besoin d'aide. Transferts, déplacements, questions au sujet de mon patient. Dès 8 h les familles commencent à appeler. 'Que se passe-t-il? Comment va le patient? Que pouvez-vous me dire?' Je viens peut-être de tout juste me présenter à cinq personnes que je n'ai jamais rencontrées avant. J'apprends juste à les connaître. Donc, 'Pouvez-vous me rappeler dans une heure?' Donc on s'attend à ce qu'on prenne une pause entre 9 h 00, 9 h 30, 10 h 00 et l'heure du lunch. Il se peut que je réussisse à prendre ma pause à 13 h 00 pour m'asseoir et manger quelque chose, mais il y a souvent quelque chose de plus urgent qui se produit… Je me sens dépassée mais je continue, espérant pouvoir quitter à l'heure prévue. Mais parfois je n'ai pas fini mon travail. Je dois finir de prendre des notes. Je dois me déconnecter. Donc, assez souvent, mon quart se poursuit pendant encore au moins 15 à 30 minutes. La météo a été épouvantable la semaine dernière et les gens avaient de la difficulté à se déplacer… Mais on devait rentrer au travail. Il était absolument impossible de ne pas rentrer au travail. Des voitures bloquaient des intersections. C'était fou. Mais à mon unité, les personnes qui faisaient les quarts de nuit sont restées pendant presque quatre à cinq heures. Des infirmières ont travaillé plus de 22 heures sur des unités. Une unité d'isolement fonctionnait avec seulement quatre infirmières dans toute l'unité. Deux diététiciennes sont rentrées au travail et un seul membre du personnel d'entretien ménager. »

Andy a affirmé se sentir stressé par les contraintes qu'on lui impose à lui et à ses collègues de travail lorsqu'ils tentent de soulever les changements qui sont nécessaires. Il a affirmé qu'on ne le prend pas au sérieux lorsqu'il donne des idées pour améliorer la dotation en personnel afin de mieux desservir la patientèle.



« Ça peut devenir difficile pour moi en tant qu'infirmier de voir ça et de ne pas savoir comment mieux soutenir les patients… Récemment, j'ai commencé à faire part de mes préoccupations à ma gestionnaire, qui a reconnu l'importance de discuter de nos sentiments dans le cadre de leurs programmes. Comme personne qui exprime ses émotions chaque jour, ça me rassure que mes préoccupations soient entendues. Cependant, lorsqu'ils demandent ce que nous pouvons faire, je réponds en disant, 'Vous manquez de personnel infirmier. En réalité, on a besoin de toutes les ressources et d'équipes volantes pour fournir de meilleurs soins'. Notre employeur refuse d'examiner tout autre type de modèle de dotation en personnel que ce qu'ils ont en ce moment. On avait des PSSP pendant la pandémie, ce qu'on n'avait jamais eu avant. Ça a soulagé ma charge de travail. J'ai pu respirer à ce moment-là et je pouvais soigner mes patients et faire ce que j'avais à faire. Même si on était en sous-effectif, je sentais quand même que le soutien était là et que je pouvais prendre soin des patients. Maintenant mon employeur commence à mettre à pied des PSSP. Malheureusement, ils ne font pas partie du programme actuel et je suspecte que c'est en raison d'autres priorités qui sont en jeu. Je sens que la charge de travail revient et je ressens à nouveau de l'épuisement professionnel. Je crois fermement que les soins axés sur les patients devraient être notre priorité. C'est un enjeu systémique qui va au-delà de notre lieu de travail. »



Kim a expliqué que les données démographiques et l'acuité des besoins de la patientèle en ce moment ont ajouté à la charge de travail du personnel infirmier et que les tâches sont beaucoup plus exigeantes qu'elles ne l'ont été.

« Les gens vivent plus longtemps, avec des maladies plus complexes, et ils ont besoin d'un traitement plus complexe. Avant, si on les traitait, ils pouvaient être aux soins intensifs où le ratio était un pour un ou deux pour un. Mais maintenant on fait plus de traitement complexe sur les unités des malades hospitalisés avec des tâches complètes… Souvent je travaille pendant mes pauses parce que je ne veux pas scarifier la qualité des soins que je suis formée pour donner. Quand j'allais à l'école, on m'a appris les normes de soins adéquates et qu'elles sont très importantes. Et c'est une chose dont je suis fière et que je veux pouvoir offrir à mes patients. Et si je prends ma pause de 30 minutes, leur traitement pourrait être retardé ou ils pourraient avoir besoin d'antidouleurs, d'un antibiotique ou peu importe. Et je ne veux pas mettre mon patient en danger. On est nombreux à ne pas prendre nos pauses. Parfois, on travaille sans prendre aucune pause pendant notre quart de travail parce qu'il manque tellement de personnel que tu ne veux pas que tes collègues se retrouvent encore plus en sous-effectif parce que tu as leur bien-être à cœur. Donc, malheureusement, c'est la réalité parfois. Et t'as soif. Parfois c'est comme si, oh mon doux, je vais m'étouffer tellement j'ai soif. »

Alors que les hôpitaux sont confrontés à des demandes de capacité sans précédent, les pénuries de personnel sont devenues une préoccupation urgente. **Zahra** a dit que maintenant, alors qu'elle travaille en sous-effectif avec les nouvelles mères et leurs bébés, la charge de travail est tellement grande qu'elle ne croit pas que ce soit sécuritaire pour elle, ses collègues ou ses patientes. *« Pour être franche, ça devient invivable. Et il n'y a pas de personnel de soutien disponible pour aider, comme de répondre à une*

sonnette d'appel. Et 90 pour cent du temps, nos niveaux de dotation en personnel sont utilisés au maximum… Et il est même impossible d'avoir un ergothérapeute avec nous. » Elle a affirmé devoir fréquemment jongler avec de nombreuses tâches en même temps, ce qui lui laisse peu de temps juste pour répondre à ses besoins fondamentaux. Souvent elle n'a presque pas le temps d'aller aux toilettes pendant son quart de travail et elle a dit que *« parfois tu n'as même pas le temps de boire parce que l'abreuvoir est trop loin ».*

Sumaia fait face à des exigences similaires en tant qu'infirmière post-partum.

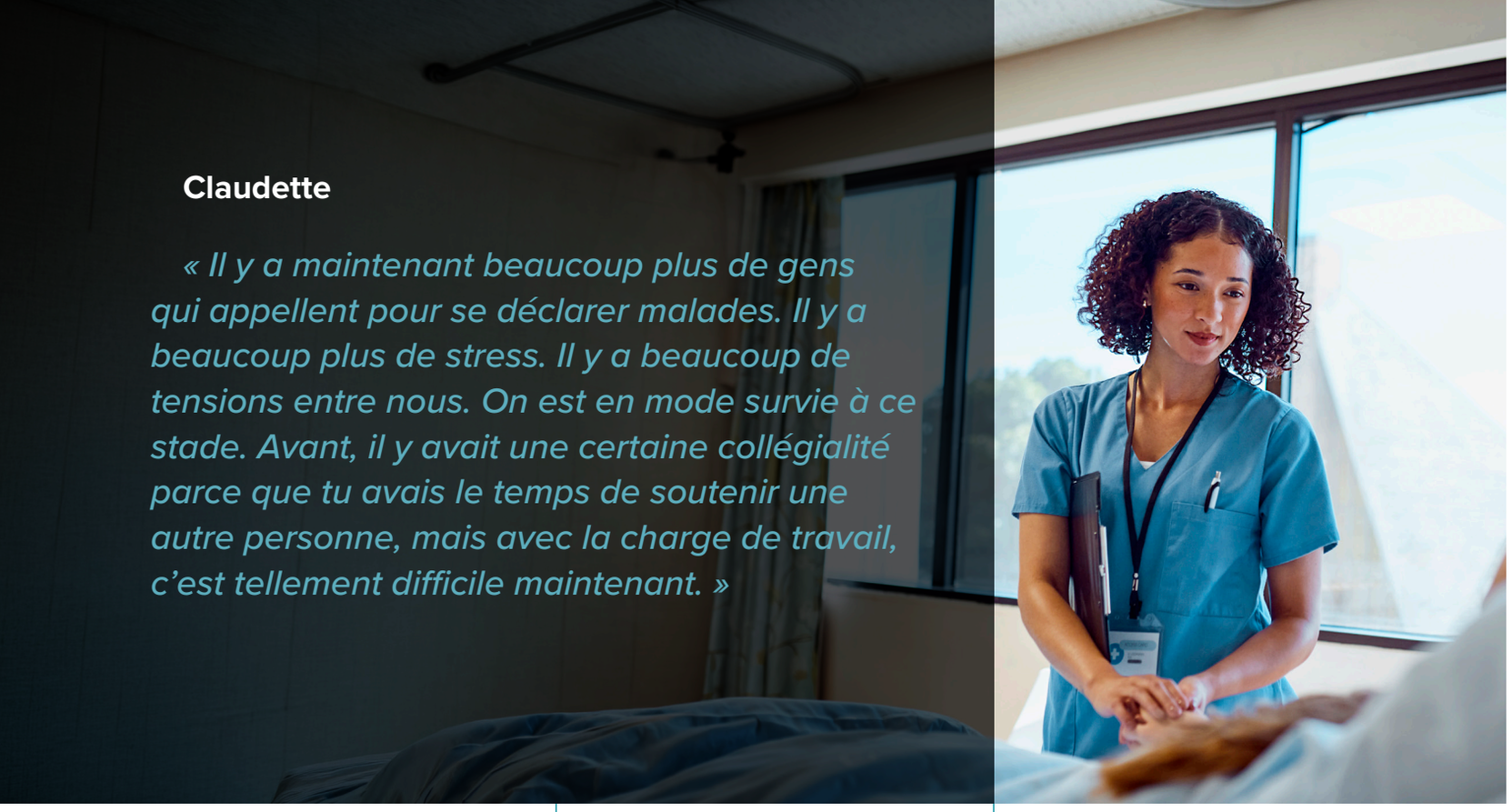
« Beaucoup de ces mères sont mères pour la première fois et elles n'ont jamais allaité un bébé et c'est difficile de commencer à allaiter. Je me rappelle d'une nuit en particulier; j'avais cinq dyades – cinq mères et leurs bébés. Une des mères avait eu des jumeaux qu'elle essayait d'allaiter. Ça prend environ 30 minutes allaiter un bébé. Elle en a deux. Et quand tu deviens mère pour la première fois, tu ne peux pas nécessairement les allaiter en même temps. Je passe donc une heure dans la chambre. On s'attend à ce qu'un bébé soit allaité toutes les trois heures. Il n'y a pas assez de temps dans une journée quand j'ai quatre autres mères et quatre autres bébés à m'occuper en même temps… En général, selon moi, les infirmières sont des personnes tellement compatissantes, c'est pourquoi je pense qu'on fait juste avec. Au début du quart de travail, on se fait informer; on m'informe du nombre de patientes que j'ai, puis je fais ma tournée, je prends les signes vitaux, je vérifie que tout le monde va bien, je leur explique ce que je ferai au cours de la nuit parce que c'est important aussi que les parents dorment. Je leur dis de m'appeler pour l'allaitement. Chaque jour est un peu différent, dépendamment du moment où ont lieu les accouchements, parce que tu ne sais jamais quand ça peut arriver. Distribuer les médicaments, beaucoup d'enseignement sur les soins post-partum, beaucoup d'aide avec l'allaitement des bébés. Certains bébés se réveillent autour de 23 h et restent réveillés jusqu'à genre 5 h. Ils mangent principalement la nuit. J'aide énormément avec les mères qui sont épuisées parce qu'elles ont eu des visiteurs toute la journée. Ça arrive que vous aidiez une mère à se lever pour aller à la salle de bain et qu'elle perde connaissance. Ça arrive assez souvent. Pas tout le temps, mais ça arrive. On a des mères qui souffrent d'hémorragies post-partum pour lesquelles il se peut qu'on ait à faire des transfusions. Ça implique pas mal de monde dépendamment de la gravité. Un bébé peut devenir bleu soudainement et maintenant tu te retrouves en situation d'urgence. Encore une fois, tu demandes l'aide de beaucoup de monde. Il y a de nombreux scénarios qui peuvent se produire au cours d'un quart de travail… très souvent des patientes nous disent, 'J'ai sonné il y a 10 minutes' ou 'J'ai sonné il y a 30 minutes'. Je leur explique que 'malheureusement, je m'occupe de quatre autres mères ou de trois autres mères'. »

Laura est relativement nouvelle dans le métier et elle travaille à l'urgence. Elle dit qu'elle n'a pas commencé comme infirmière; c'est sa deuxième carrière. Elle expliqué ceci : *« Mon beau-père est tombé malade et j'ai aidé à en prendre soin. Plusieurs membres de la famille m'ont dit que j'avais manqué ma vocation et m'ont dit que j'aurais dû être infirmière. J'ai donc fait une demande d'admission dans une école de soins infirmiers et j'ai rien dit à personne avant que je sois acceptée. »* Laura dit qu'elle a commencé juste avant la pandémie et qu'elle a constaté des changements dramatiques.*« Tout était merveilleux avant la COVID, puis les soins de santé ont explosé. »* Elle a décrit les défis auxquels les travailleurs de la santé et la population sont confrontés. Elle a parlé du rythme endiablé que prend son travail parfois, mais elle a aussi dit qu'elle fait de son mieux pour être une infirmière compatissante pour la patientèle en détresse dont elle prend soin et pour les membres de leur famille.

« Mon travail à l'urgence est chaotique la plupart du temps. Ça change tout le temps. Tu ne sais jamais ce qui va se passer. Ta tâche change d'heure en heure. J'ai parfois neuf patients en une journée et parfois j'en ai vingt-deux… Si je m'occupe d'un enfant, c'est également très difficile pour les parents, je m'occupe donc d'eux aussi en même temps même s'ils n'ont pas de bracelet. C'est important pour moi de regarder le tableau dans son ensemble. Et quand un parent qui était bouleversé te remercie chaleureusement et te fait un gros câlin, et qu'il te dit que tu l'as aidé, ça te fait chaud au cœur. Quand tu as des patients souffrant de démence qui sortent de leur lit ou ne participent pas vraiment à leurs soins, pas parce qu'ils ne veulent pas mais parce qu'ils ont peur, tu te mets un peu à leur place. Tu essaies de trouver comment leur parler un peu différemment afin qu'ils te laissent faire certaines procédures. »

Erin a parlé de son expérience en soins infirmiers, même d'il y a quelques années, avant la pandémie. Elle a dit ceci : *« Quand je travaillais à l'étage des soins médicaux, on avait quatre patients. Si une personne appelait pour se déclarer malade, on avait cinq patients. Mais maintenant deux ou trois personnes appellent pour se déclarer malades et les gens ne rentrent pas au travail parce qu'ils savent de quoi ça a l'air sur le plancher. »* Erin a également souligné que ce n'est pas seulement le personnel infirmier qui doit être mieux pourvu en personnel. *« On a moins de soutien. Même notre personnel de soutien, nos services environnementaux et nos brancardiers sont débordés parce qu'ils occupent deux emplois. Ils combinent les deux. Comment on fait pour combiner deux emplois? C'est impossible. »*

Ellen a décrit ce qui se passe lorsqu'un de ses patients tombe et a besoin d'une attention immédiate et qu'elle doit accomplir des tâches multiples à cause de cela, y compris l'évaluation de la chute, l'évaluation du risque, la vérification des déchirures cutanées potentielles et la vérification des médicaments. Bien qu'elle ait quatre autres patients à sa charge, elle doit prioriser ces tâches inattendues. Mais lorsqu'elle est incapable d'accomplir ses tâches pendant ses heures de travail, on lui dit que toutes les heures supplémentaires travaillées sans approbation ne seront pas payées. Cela crée une situation où elle doit rester pour compléter les tâches nécessaires. *« La gestionnaire s'attend à ce que tu fasses l'équivalent de deux heures de travail en dix minutes, mais c'est impossible – t'es un être humain. La seule façon d'y arriver c'est d'utiliser ton temps personnel. »* Elle a dit que de telles demandes et heures de travail prolongées sont quotidiennes et a expliqué que la charge de travail a augmenté à un point tel que de nombreux membres du personnel infirmier sont épuisés. Ce qui, en retour, s'est manifesté par un taux d'absentéisme accru, alors que le personnel appelle pour se déclarer malade en raison de l'épuisement. En réponse, l'hôpital a mis en œuvre un système de gestion des présences, qui a fait en sorte que des employé(e)s ont reçu des lettres d'avertissement. *« Alors maintenant la personne est doublement affectée, la gestionnaire te surveille parce que tu es tellement fatigué que tu dois appeler pour te déclarer malade. Il y a une limite à ce que ton corps peut endurer et si tu rentres au travail, tu n'es pas utile pour tes collègues et en fait pour les patients non plus. »* Elle a continué en expliquant que la décision de l'hôpital est de se concentrer sur la gestion du personnel qu'il a plutôt que d'augmenter le nombre d'employé(e)s. *« Mais le personnel souffre et les gens vont trouver des façons de survivre. Les êtres humains n'ont pas évolué en n'apprenant pas comment survivre. Tu ne peux pas tolérer l'épuisement et le stress. Alors tu vas chercher une façon de t'en sortir. Et si tu cherches une façon de t'en sortir, alors l'hôpital cherchera des façons de te punir pour avoir trouvé une façon de survivre. »*



Claudette

« Il y a maintenant beaucoup plus de gens qui appellent pour se déclarer malades. Il y a beaucoup plus de stress. Il y a beaucoup de tensions entre nous. On est en mode survie à ce stade. Avant, il y avait une certaine collégialité parce que tu avais le temps de soutenir une autre personne, mais avec la charge de travail, c'est tellement difficile maintenant. »

Claudette est d'accord que le stress engendré par la lourde charge de travail a augmenté le nombre d'absences dues à l'épuisement. Cela a également affecté la capacité du personnel infirmier de s'entraider.

« Il y a maintenant beaucoup plus de gens qui appellent pour se déclarer malades. Il y a beaucoup plus de stress. Il y a beaucoup de tensions entre nous. On est en mode survie à ce stade. Avant, il y avait une certaine collégialité parce que tu avais le temps de soutenir une autre personne, mais avec la charge de travail, c'est tellement difficile maintenant. Parfois tu dois faire tellement d'efforts pour aider une collègue, mais ça te place dans une situation où tu subis encore plus de pressions et où tu es incapable de finir ton travail non plus. Il se peut que parfois ils aient besoin d'une certaine forme d'aide et tu ne peux pas les aider. Cela cause donc des tensions entre les gens… Parfois, il se peut qu'une famille veuille me parler. Et c'est logique non? Il y a des choses dont ils ont besoin pour prendre des décisions, mais je n'ai même pas de temps à leur accorder parce que j'ai trop de patients et je dois établir des priorités quant aux tâches que je dois faire à ce moment-là. S'il y avait plus de membres du personnel et que les tâches étaient attribuées adéquatement, je pourrais faire ces autres choses que je devrais faire. Au sein des unités médicales, je le constate davantage parce que l'acuité des besoins des patients est tellement grande. »

Mary, une infirmière à l'urgence, a fourni une description détaillée de ce qu'est un quart de travail typique pour elle, ce qui donne froid dans le dos.

« Lorsque j'arrive dans le stationnement à 6 h 45 et que c'est plein, je sais que ce sera une mauvaise journée… Neuf fois sur dix, si je suis affectée à l'accès rapide, j'arrive dans le service, et les lits sont déjà tous occupés. Ça signifie que probablement trois ou quatre personnes qui occupent des lits attendent de passer des ultrasons ou des tomodensitogrammes, attendent des résultats, sont sous intraveineuse parce qu'elles ont simplement besoin d'être réhydratées pendant la nuit – parce que les autres secteurs qui sont le secteur pour les traumatismes, tu y as admis des patients, puis tes soins actifs sont complets, tout comme les couloirs, littéralement. Tu as nulle part où les mettre alors je me dois de jouer la méchante à 7 h du matin et dire, 'Ok, M. Smith, vous devez sortir du lit dans lequel vous avez passé la nuit parce



que vous attendez pour passer un ultrason et ils ne commencent pas avant 8 h ou 8 h 30 et j'ai besoin que vous vous déplaciez dans cette salle et que vous vous assoyez sur une chaise et ce n'est pas grave si vous n'êtes pas bien; vous devez vous déplacer là pour je puisse admettre d'autres personnes qui se trouvent dans la salle d'attente.'. Et je dois faire ça dans chaque chambre... et il y a encore plein de monde qui arrive. Tu les évalues; tu fais toutes les analyses de sang; un monsieur arrive avec une rétention urinaire et je sais que je vais faire tout ce qui est en mon pouvoir pour retourner auprès de lui parce qu'il est dans une situation désespérée et que je dois lui faire passer un scintigramme de la vessie. Ok, puis les tests montrent que sa vessie contient 600 ml d'urine et je dois aller le dire au médecin. Ok, j'installe un cathéter à cet homme et je dois envoyer son échantillon d'urine au laboratoire. Je dois lui faire une analyse de sang – et c'est juste un patient. J'ai deux ou trois jeunes enfants malades qui toussent, vous savez, de la morve qui coule partout. On me dit, 'Eh bien, assures-toi de les isoler.'. 'Où voulez-vous que je les isole? Derrière ce rideau bleu ça n'empêche rien et je ne peux pas isoler tout le monde.' Donc, ça, pour moi, c'est une vraie farce parce qu'on n'est pas installés pour ce genre de chose. Et les choses ne font que progresser. Ah oui, attendez, quelqu'un est arrivé avec des douleurs à la poitrine. Donc, lorsqu'il passe au triage, s'ils ont le temps, ils vont essayer de lui faire une analyse de sang et un électrocardiogramme, mais s'ils n'ont pas le temps, alors cette personne se retrouve également dans mon secteur et on s'en occupe. C'est donc au moins 15 à 20 minutes pour chaque bilan parce que tu dois saisir les demandes, tu dois répondre aux demandes, tu dois faire passer un électrocardiogramme, habituellement tu lui installes un cathéter juste pour t'assurer que tu es prête si un problème survient. Oh, attendez, on doit maintenant lui installer un appareil électronique de surveillance cardiaque parce que son électrocardiogramme a montré quelque chose de bizarre, on doit alors aller chercher un moniteur de télémétrie portatif. Attendez, on doit retourner au poste principal, le brancher, rentrer toute ses informations afin que le chef d'équipe puisse surveiller ce moniteur parce que je me trouve de l'autre côté, derrière un mur, donc si ce petit moniteur est installé sur sa poitrine, je ne vois pas ce qui se passe. Alors, les médecins arrivent – et ils sont supposés être là – réservés, entre-guillemets, réservés à ce secteur afin de soigner les gens et leur donner leur congé. Donc, ils arrivent et ils commencent à tout regarder, et c'est là qu'ils commencent à nous faire toutes ces demandes. 'Ok, fais ça, puis ça, envoie-le là, ramènes-le, oh attends, il doit revenir dans cette chambre parce que c'est là que je veux qu'il soit installé.' Ok, maintenant tu viens de déranger tout ce que j'ai fait parce que j'avais besoin de cette chambre. Ce prochain patient assis dans la chaise attend. Et ça arrive littéralement probablement seize heures par jour. Parfois, pendant la nuit, ce sera tranquille dans ce secteur, mais normalement ça se poursuit jusqu'à 23 h 00, minuit, et je sais quand j'arrive à 7 h pour commencer mon quart de travail que des gens attendent depuis six, sept, huit heures pour être vus et ils sont frustrés, ils sont fâchés, et c'est ainsi que commence ta journée... puis il y a toutes les ambulances qui arrivent et ils sont là, 'Attends une minute, on doit te transférer un patient.'. Tu dois trouver une place pour cette personne et c'est comme 'tu me niaises' et je dis 'ok'. Donc, tu dois alors changer quelqu'un de place pour ce patient qui doit être transféré de l'ambulance, en souhaitant qu'il n'a pas besoin d'une civière parce que, généralement, les patients qui vous sont transférés en ambulance arrivent d'un foyer de soins infirmiers. Ce sont souvent des personnes âgées fragiles. Tu ne peux pas t'attendre à ce que ces personnes s'assoient dans un fauteuil roulant ou sur une chaise à dossier rigide. Elles arrivent avec une douleur à la hanche ou au genou après une chute ou une lacération à la tête après être tombées du lit. Eh bien, elles prennent un lit pendant deux à trois heures minimum, puis on sortira ce lit de la chambre et on le mettra au beau milieu du secteur où on travaille afin de pouvoir les surveiller, mais après on installe un lit propre dans l'autre chambre afin que plus

de gens puissent être vus… Puis, si le secteur des soins actifs déborde, tu as quatre à cinq patients parce qu'on a toujours une civière dans le couloir dans le secteur des soins actifs. Donc, on t'affecte cinq chambres et, normalement, je travaille avec deux infirmières autorisées. Tous les moniteurs sont là-bas pour que la télémétrie puisse surveiller les cœurs et tout. Vous recevez des patients qui nécessitent des soins très urgents; ils arrivent par la porte, tu les accueilles, les SMU te résument la situation et tu commences à les soigner. Essentiellement, tu essaies de tout faire avant que le médecin arrive. Donc, tu fais des analyses de sang et des électrocardiogrammes, tu installes des cathéters si nécessaire. Tu installes une intraveineuse. Souvent, si les patients sont en choc septique, tu commences tout le protocole et tu dois suivre une directive médicale. On a tous suivi une formation sur la façon de suivre une directive médicale, donc si le patient est en choc septique, on fait toutes les analyses de sang et les électrocardiogrammes, on commence à lui injecter une solution intraveineuse parce que, normalement, il sera fiévreux ou quelque chose du genre. On suit le rythme et on détermine ce qui doit être fait avant que le médecin arrive. »

Le chemin qu'a emprunté **Karla**, une infirmière en santé mentale dans la fin-vingtaine, a été sinueux. Elle n'était pas certaine de son choix après avoir étudié dans un autre domaine. Elle a fait une demande dans une école de soins infirmiers après avoir été inspirée par les plans de son amie de devenir médecin. Elle a dit ceci : *« En fait, j'adore travailler avec les familles des patients, ce qui peut être difficile, mais je trouve qu'il peut y avoir beaucoup de satisfaction à apporter son soutien à quelqu'un. Je suis très honnête avec le patient et sa famille au sujet de ce qui se passe, de ce que risque d'être le rétablissement – les bonnes et les mauvaises nouvelles. Je pense que je le fais assez bien. »* Ses forces sont testées avec les conditions de travail difficiles auxquelles elle est confrontée. Elle attribue, en partie, la charge de travail au sein de son unité de santé mentale en sous-effectif à la population vieillissante, mais également à la forte prévalence de troubles liés à la toxicomanie chez la patientèle, qui a souvent de multiples diagnostics. Elle a expliqué qu'il y a un niveau élevé de complexité et de comorbidité parmi de tels patient(e)s. *Tu as des risques de sevrage que tu essaies de traiter, des problèmes rénaux, des problèmes au foie, des pancréatites; souvent la santé mentale entre également dans la balance. »* Elle a mentionné que ces patients peuvent être difficiles à gérer en raison de leur comportement imprévisible, de leur instabilité émotionnelle et, parfois, de leur comportement hostile. Elle a affirmé que sa nature empathique fait en sorte qu'elle a de la difficulté à faire face à ces situations complexes. *"« Quand tu prends soin de personnes qui pourraient montrer des signes de sevrage ou avoir consommé et ont des problèmes de santé mentale, elles ne sont pas non plus toujours les personnes les plus agréables à gérer. Et elles prennent tellement de temps – ça peut être épuisant. »* Elle a expliqué que le manque de personnel est une des raisons principales de la charge de travail épuisante du personnel infirmier. *« C'est beaucoup plus facile quand tu peux faire équipe et faire ce qu'ils appelaient faire partie d'une équipe soignante. Je ne sais même pas c'est quoi. Je ne l'ai jamais vraiment vu parce que ça ne semble plus exister. Tu es seule et tu essaie de trouver de l'aide quand tu en as besoin, mais ce serait mieux si ce n'était pas une question d'individualisme… C'est frustrant quand tout le monde court dans tous les sens à faire la même chose et qu'il n'y a pas d'entraide possible – il n'y a pas vraiment de soutien de la part de l'équipe ou de soutien de la part de vos gestionnaires ces temps-ci. Ils sont absents de la majorité des unités de mon hôpital. »*

Claudette, une infirmière d'équipe volante, s'est rappelée d'une expérience effrayante alors qu'elle travaillait sans effectif adéquat dans une unité chirurgicale.



« J'avais un patient postopératoire qui revenait avec un distributeur d'analgésique qu'il contrôlait lui-même et qui nécessitait un énorme suivi. J'avais une personne avec une trachéotomie et qui devait être aspirée assez fréquemment. J'avais une autre personne qu'on préparait pour une chirurgie. Puis j'avais quelqu'un qui avait un drain thoracique que je devais surveiller. C'étaient des responsabilités très importantes. Et on travaillait en sous-effectif à cette unité. Et puis on me demande de couvrir l'autre infirmière qui prend sa pause. Alors je me retrouve maintenant avec huit patients alors que ma tâche est déjà lourde. Et c'était horrible. J'ai ressenti beaucoup d'anxiété. Je me rappelle m'être sentie tout simplement dépassée parce que j'avais peur pour la sécurité des patients en raison de leur affection aiguë, particulièrement celui qui devait être aspiré. Tu ne veux pas qu'une personne ne puisse pas respirer et tu ne peux pas te rendre à son chevet immédiatement. Je me suis retrouvée à travailler plus fort et à courir partout encore plus. C'est impossible pour une seule personne de tout faire ça. Je craignais qu'un patient souffre parce que je ne peux pas tout faire – je me retrouve dans cette position de devoir faire quelque chose que je ne peux pas faire physiquement. Et j'avais aussi peur que si quelque chose se produisait ce soit mon permis d'exercice et ma carrière qui en payent le prix… Ce sont des situations d'urgence et tout le monde a des besoins différents. Et certains risquent de chuter. Puis tu ajoutes qu'il se peut qu'ils souffrent de démence ou de quelque chose qui nécessite des niveaux de surveillance additionnels où plus d'une personne est nécessaire à cette tâche – parce qu'il est impossible pour toi d'être dans une autre chambre quand une personne pour qui il y a un statut de risque de chute est capable de sortir du lit. Tu peux avoir cinq ou six patients et on s'attend à ce que tu les surveilles toutes les 15 minutes, mais maintenant tu es dans une chambre à essayer de trouver la cause du problème avec une intraveineuse ou quelque chose du genre. Le nombre de membres du personnel ne correspond pas à ce qu'on nous demande de faire. Et je quitte toujours une heure après la fin de mon quart de travail parce qu'une tâche prioritaire n'a pas pu être faite. Je dois m'assurer que ces besoins immédiats sont satisfaits. Et je dois rester après mon quart de travail pour prendre des notes dans les dossiers. Je ne quitte jamais à l'heure, ou parfois je reviens parce qu'on a une période de grâce pour prendre des notes, mais après on reçoit des remontrances pour avoir fait des heures supplémentaires. »


HEALTH CENTER

Temps d'attente

Les temps d'attente ne sont pas seulement un désagrément. Ils peuvent être très néfastes pour la santé de la patientèle. Ils peuvent retarder les diagnostics et les traitements, accroître le risque d'une morbidité plus grave, voire même la mort. Les chercheurs Hajizadeh et Jalili (2025) ont exploré les répercussions des temps d'attente dans les soins de santé au Canada et rapporté que « les retards prolongés entraînent des problèmes physiques et mentaux néfastes, des coûts de traitement plus élevés et des fardeaux économiques pour les patient(e)s et les familles ».

Dépendamment de l'endroit, les patient(e)s ontariens qui se rendent à l'urgence, par exemple, doivent généralement attendre très longtemps. La première évaluation prend, en moyenne, trois heures. Encore pire, selon le site Web de Santé Ontario (2026), les patient(e)s admis en Ontario ont passé, en moyenne, 17,1 heures à l'urgence en attente d'un lit; seulement 30 pour cent des patient(e)s ont atteint le temps visé provincial qui est de 8 heures. C'est souvent pire, dépendamment de l'emplacement. Le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (2023) blâme en partie les niveaux de dotation en personnel infirmier insuffisants : « Les hôpitaux de l'Ontario ont mis en évidence un manque de personnel disponible, notamment du personnel infirmier et des médecins, comme étant le principal problème provoquant des délais d'attente plus longs et des fermetures dans les services des urgences. »

De plus en plus de patient(e)s quittent maintenant l'urgence sans même avoir été examinés par un médecin (QSE). Une étude menée en Ontario (McNaughton et al, 2024) rapportait ceci :

> *Nos conclusions sont un signal important d'une détérioration possible de la qualité globale des soins dans un vaste système de soins de santé, ayant le potentiel d'avoir de graves conséquences pour les patient(e)s. De récentes visites de patient(e)s à l'urgence qui QSE, soit en 2022-2023, ont été associées à un risque plus élevé de toutes les causes de décès et d'hospitalisation dans les sept à trente jours comparativement à la période de référence prépandémie.*

La principale autrice, la docteure Candace McNaughton, une urgentiste de Toronto, a dit ceci : « Il y a de nombreuses raisons pour lesquelles les gens choisissent de quitter l'urgence, mais habituellement c'est en raison des temps d'attente… On suppose que si les gens quittent l'urgence avant d'avoir consulté un médecin, ils se sentent assez bien pour quitter et ils seront probablement ok. Mais nos conclusions brossent un tableau différent » (ICES, 2024). Les chercheur(euse)s demandent une intervention urgente, y compris une augmentation du personnel, comme les médecins et les infirmier(ère)s.

Selon Renaud Brossard, IEDM, près de 300 000 Ontarien(ne)s ont quitté l'urgence sans avoir été soignés en 2025. Il a affirmé que « des milliers d'Ontarien(ne)s se voient refuser l'accès à des soins chaque année » et a souligné que « les patient(e)s forcés de retarder l'obtention de soins ou de renoncer à obtenir des soins finissent souvent par voir leur état de santé se dégrader, ce qui entraîne des cas plus complexes » (*Hospital News*, 2025).

Les fermetures d'urgences ont également contribué de façon importante aux temps d'attente de la patientèle. Il y a un fossé entre hôpitaux urbains et hôpitaux ruraux quant à l'éventualité d'une fermeture. « Les plus petits hôpitaux ruraux ont été les plus durement touchés par les interruptions de services à l'urgence. En 2024, il y a eu un nombre record de fermetures d'urgences en Ontario – une analyse effectuée par le réseau anglophone de la SRC a conclu qu'un hôpital sur cinq ayant une urgence ou des soins d'urgence a dû fermer son urgence ou ses soins urgents au moins une fois cette année-là, la vaste majorité dans des communautés rurales (County First, pas de date). L'article indiquait que même l'absence d'un seul médecin ou membre du personnel infirmier pouvait entraîner une fermeture.

Encore un autre argument pour enchâsser des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums dans une loi.

Laura a affirmé que les temps d'attente peuvent être épuisants pour la patientèle.

« Les gens sont contrariés par les temps d'attente à l'urgence. On entend très souvent qu'ils attendent trop longtemps mais une grande partie du problème repose sur le fait qu'il n'y a plus de lits disponibles à l'hôpital. Les étages de médecine sont pleins, leurs espaces de rangement, leurs couloirs, ils ont converti les salles de repos en chambres pour les patients où l'oxygène et la qualité de l'air sont inadéquats. C'est là que ça devient épeurant… Notre temps d'attente à l'urgence dépend des raisons de votre présence. Ça dépend de la section où on vous met. Mais notre temps d'attente moyen varie entre cinq heures et parfois jusqu'à six, sept heures. J'ai déjà vu jusqu'à douze. »

Mary a affirmé que lorsque l'urgence est bondée, ils travaillent à un rythme soutenu pour assurer que la patientèle soit vue de façon productive, mais c'est souvent une cause perdue. Elle a de la compassion non seulement pour ses collègues, mais également pour la patientèle qui doit souvent attendre en étant inconfortable.

« On fait tout. On fait des bilans sanguins complets, on installe les cathéters, on fait les électrocardiogrammes. Puis s'ils doivent rester très longtemps, l'hôpital veut qu'on les déplace dans le secteur des soins actifs dans le couloir. Donc, ils veulent qu'on voit tout le monde, qu'on fasse tout ce qui est nécessaire sur tout le monde, puis ils veulent qu'on les déplace. C'est fou. Les lundis sont toujours tranquilles. Les dimanches pendant la messe, c'est toujours tranquille. Tu peux presque prédire les journées qui seront épouvantables. Et c'est épuisant… Tu fais juste de ton mieux pour aller de l'avant et si des lits se libèrent, tu dois transférer des patients. Même dans le secteur des soins actifs, quand des lits sont disponibles et que tu les y installes, ils sont admis; le spécialiste en soins actifs s'occupe des bilans. Il nous envoie des pages de demandes afin qu'on fasse tout. Puis on reçoit de nouveaux patients et on recommence tout le processus. C'est comme le jour de la marmotte pendant douze heures ou plus. Quand les choses se déroulent à un bon rythme et qu'il y a des lits à l'hôpital, c'est gérable, mais quand ça va mal et qu'on n'a pas de lits – c'est l'enfer. Ils nous demandent de leur donner un rapport sur ce patient et on les envoie dans le couloir. C'est humiliant pour les patients de passer six, huit, dix heures couchés sur une civière dans un couloir avec des gens qui passent à côté d'eux et tout le monde qui les observe. Même les patients en santé mentale qui crient, sacrent, hurlent à côté d'autres patients c'est horrible. Je me sens mal pour ces patients dans le couloir; j'ai déjà été à leur place et je sais comment on se sent. On essaie d'avoir des petits rideaux ou séparateurs rabattables afin de séparer le couloir du reste de l'hôpital mais, tout de même, c'est très humiliant pour les patients d'être traités comme ça. » Elle a décrit la disposition actuelle de l'urgence comme étant chaotique, alors que l'espace est restreint et qu'il y a un grand volume de patients. L'hôpital avait mis en œuvre de nouveaux protocoles, comme de déplacer la patientèle de la salle d'attente vers une des nombreuses salles désignées au moment de l'inscription. Ces salles étaient pleines à craquer alors que les patients rivalisaient pour l'espace restreint. L'espace de travail est un problème pratique pour le personnel infirmier. *« Ils y ont coincé un autre lit et sincèrement c'est impossible d'amener un électrocardiogramme sur le lit. Ça contient littéralement une civière et une minuscule chaise sur laquelle les gens peuvent s'asseoir… on s'enfarge sur les roues, on s'enfarge sur les chaises, il n'y a pas de place nulle part… Tu les installes dans une chambre, tu fais leur analyse de sang, le médecin les évalue, tu les ressors… c'est une roue qui tourne sans cesse et, certains jours, il n'y a absolument aucune place nulle part pour bouger, littéralement. »*

Erin nous raconte que les temps d'attente sont presque toujours épouvantables où elle travaille et *« peuvent être pires dépendamment de la météo »*. Elle se rappelle avoir amené son propre enfant malade à l'urgence. Elle l'a eu sur les genoux pendant douze heures. *« J'avais les jambes engourdies.*

Et les choses qu'il a vues! C'était plein à craquer et certaines personnes étaient sous l'influence de l'alcool ou de drogues. T'as peur juste te servir des toilettes parce que tu ne sais pas ce que les gens y font. C'est comme une zone de guerre. »

Soins à la chaîne

Selon Annette Bourgault (2023), une infirmière chercheuse qui a étudié de façon exhaustive les pratiques contemporaines en soins infirmiers :

> *Dans le milieu de travail actuel, il est de plus en plus difficile pour le personnel infirmier de trouver le temps de faire des tâches non connexes aux soins infirmiers. Les organisations de soins de santé qui réduisent la dotation en personnel infirmier aux niveaux minimums à des fins de gains monétaires menacent la partie « compassion » des soins infirmiers en laissant à peine le temps au personnel infirmier de compléter les tâches requises au cours d'un quart de travail normal. Afin de préserver l'aspect essentiel des soins infirmiers qui se concentre sur l'établissement de relations et la communication, le temps de soins infirmiers et les soins infirmiers doivent être valorisés.*

Comme l'a dit **Lena** le personnel infirmier doit maintenant *"do more with less."* Les conditions qui en découlent peuvent entraîner non seulement l'épuisement professionnel, mais une moins grande satisfaction au travail et un moins bon moral parmi le personnel infirmier, qui se sent dépassé, épuisé et abattu.

Au fur et à mesure que les conditions se détériorent, **Karla** se demande si elle pourra rester dans la profession pour laquelle elle a été formée il y a à peine quelques années. Elle a entendu ses collègues infirmier(ère)s plus expérimenté(e)s dire à quel point ils étaient en mesure de prodiguer davantage de soins relationnels à la patientèle avant la restructuration.

« Il y avait tout simplement beaucoup plus d'engagement de qualité envers les patients; ils apprenaient à connaître leurs patients, particulièrement ceux qui étaient à l'hôpital pendant de plus longues périodes. Ils connaissaient les familles; ils connaissaient toutes les manies. »

Andy a affirmé que les patient(e)s dont il prend soin au sein de son unité sont habituellement plus âgés et il a dit qu'ils sont très découragés, en plus d'être malades. Il croit que *« les soins de santé ce n'est pas juste donner des médicaments »* Passer du temps avec des patient(e)s vulnérables est important pour leurs soins et leur confort.

« Bon nombre de mes patients sont en fin de vie et c'est plus une question de conversations et de soins holistiques à leur chevet. Ils ne sont pas une simple partie de la chaîne de production qu'on doit huiler pour passer à la prochaine. Ce sont des êtres humains et c'est quelque chose qui me met vraiment en colère. Parfois notre ratio est d'un infirmier pour six ou un pour huit et je ne sais pas comment on peut prodiguer des soins de façon adéquate à ces gens – et le faire de façon sécuritaire – et faire attention à nous en même temps. »

Andy trouve que la nouvelle façon d'opérer les hôpitaux axée sur l'efficience est déshumanisante. Il a aussi dit que ça entraîne plus de réadmissions.

« Lorsque des patients sont réadmis, c'est souvent parce qu'on leur donne leur congé de l'hôpital trop rapidement pour pouvoir répondre à d'autres patients qui attendent à l'urgence. Cela crée un problème de flux, où on doit déplacer des patients dans le système de la manière la plus efficace possible. On utilise des coordonnateurs du flux des patients pour gérer ce processus, mais ils ont souvent de la difficulté à déterminer à quelle vitesse on peut donner leur congé à des patients et commencer leur traitement antibiotique. La question est priorisons-nous les bons soins pour nos patients? Est-ce qu'on se contente juste

de les faire avancer sur la chaîne de production si rapidement qu'on ne prodigue pas le niveau de soins dont ils ont besoin? En agissant de la sorte, est-ce qu'on ne crée pas un risque pour davantage de réadmissions à l'avenir? Et quel est le coût réel de cette approche? On perd des fonds publics sur des traitements et des procédures inutiles. C'est un modèle de soins où les patients deviennent tout simplement un autre rouage dans une chaîne de production. »

En plus d'**Andy**, plusieurs membres du personnel infirmier ont parlé de la stratégie de gestion qui consiste à faire avancer les patients dans le système comme s'ils étaient sur une chaîne de montage. Ce concept reflète réellement la déshumanisation des soins de santé axés sur l'efficience.

Kim a dit ceci :

« C'est juste très 'entrez-sortez', voici vos pilules, au revoir. Je dois remplir tous ces formulaires pour le financement. On ne priorise tout simplement pas les soins aux patients et on devrait… On est trop occupés pour avoir une communication et une interaction approfondies avec nos patients pour entretenir des rapports personnels. Et parce qu'on prodigue des soins personnels, on a besoin de cette connexion avec le patient. Mais ça ressemble énormément à des soins prodigués sous forme de chaîne de montage… Mes collègues de travail sont contrariés. Ils ont dit qu'ils ne sont pas allés en soins infirmiers pour prodiguer ce genre de soins. Ce ne sont pas les soins qu'ils sont fiers de prodiguer. On fait juste tâche par-dessus tâche pour documenter les problèmes qu'on rencontre, donc on fait toutes les bonnes étapes. On a eu des rencontres avec les ressources humaines et la gestionnaire, et on a fourni de la documentation sur toutes les préoccupations; on les a exposées et on a dit ce qui, selon nous, corrigerait le problème. C'est un problème constant, essayer d'atteindre des ratios en personnel adéquats. »

Lenaa dit qu'il est difficile émotionnellement pour le personnel infirmier de passer si rapidement d'un(e) patient(e) à l'autre à l'unité des soins palliatifs, surtout quand il y a un décès.

« Quand quelqu'un meurt, ce qui se produit presque chaque jour – on a plus de 500 décès par année au sein de notre unité – on n'a pas le temps de faire de bilan. On doit mettre ça de côté, porter un autre chapeau et admettre

Kim

« C'est juste très 'entrez-sortez', voici vos pilules, au revoir. Je dois remplir tous ces formulaires pour le financement. On ne priorise tout simplement pas les soins aux patients et on devrait… On est trop occupés pour avoir une communication et une interaction approfondies avec nos patients pour entretenir des rapports personnels.

Mais ça ressemble énormément à des soins prodigués sous forme de chaîne de montage… Mes collègues de travail sont contrariés. Ils ont dit qu'ils ne sont pas allés en soins infirmiers pour prodiguer ce genre de soins. Ce ne sont pas les soins qu'ils sont fiers de prodiguer. »



une nouvelle personne, aller voir un autre patient, parce que souvent on manque de personnel et on n'a pas le temps de s'arrêter à nos sentiments. Ça ne serait pas considéré professionnel et on nous regarde de haut si on le fait. Tu dois être forte, tu dois donc continuer et avancer. »

Laura a dit qu'à l'urgence, les demandes qui lui sont faites sont tellement lourdes que, souvent, elle est incapable de faire preuve de la compassion qu'elle croit que la patientèle a besoin.

« La formation d'infirmière était très axée sur l'aide offerte aux gens alors qu'ils en ont le plus besoin et sur l'importance de les réconforter, de leur tenir la main, de leur masser le dos et les pieds. Maintenant, il m'est souvent arrivé de vouloir m'asseoir avec un patient et de simplement le réconforter, mais malheureusement des médicaments doivent être donnés, des demandes doivent être traitées et j'ai tellement de choses à faire. Je dois donc maintenant genre juste leur donner une tape dans le dos et leur accorder le peu de mon temps que je peux à ce moment-là. »

Mary, également une infirmière à l'urgence a dit ceci : *« Ce n'est pas une chaîne de montage automobile mais c'est quand même une chaîne de montage… ils arrivent, ils sont examinés et mon Dieu j'espère qu'on va pouvoir leur donner leur congé parce que ça va nous faire économiser de l'argent. »* Elle a dit qu'une dotation en personnel infirmier adéquate serait utile avec *« la charge de travail et les soins aux patient(e)s… ce serait tellement plus gérable ».*

Sumaia Sumaia a dit avoir des problèmes similaires. Elle a dit que son travail à l'unité post-partum avec les mères et les bébés ressemble *« presqu'à une chaîne de montage maintenant. On s'attend à ce qu'on fasse juste tâche, par-dessus tâche, par-dessus tâche. Mon sentiment c'est que je ne peux pas établir un lien avec les patients comme avant. »*

Les hôpitaux de l'Ontario utilisent le système de « production à valeur ajoutée » juste-à-temps, qui à l'origine était conçu pour réduire les coûts dans les usines de fabrication comme Toyota. Cela a entraîné un problème persistant lié à l'organisation du travail. « Depuis le début des années 2020, les hôpitaux de l'Ontario ont vécu de nombreuses crises. Les urgences ont été débordées, les ratios infirmier(ère)-patient(e) ont augmenté à 1:8, ce qui est scandaleux, le personnel infirmier et les médecins sont épuisés et des services entiers ont dû fermer » (Thompson, 2023).

Une recherche publiée dans le *International Journal for Quality in Health Care* a examiné les conséquences de l'approche à valeur ajoutée sur la « satisfaction des travailleur(euse)s et des patient(e)s, les résultats sur la santé et les processus, ainsi



que les coûts financiers ». Les chercheur(euse)s ont conclu que : « Bien qu'il soit possible que certaines personnes croient fermement que des interventions à valeur ajoutée entraînent des améliorations à la qualité dans les soins de santé, à ce jour, la preuve ne soutient tout simplement pas cette affirmation » (Moraros et al., 2016).

Katherine, a more senior palliative care nurse, feels it is important for her to be supportive to the newer nurses who are having a difficult time adjusting to the work environment as it has become. She said a young nurse on her unit was working intensely for about two hours with a critically ill patient when the patient passed away. It left her colleague emotionally drained. *"She hadn't had a break yet at all but sat down to chart for that patient. Just then one of the case managers came around the corner and said to her, 'Can you get her finished up; we need that room cleaned by within the hour.' She started to cry and I went and gave her a hug. This is what it's always like. It's terrible."*

BIEN-ÊTRE DU PERSONNEL INFIRMIER

Les chercheurs Coderre-Ball et al. (2022) ont effectué une recherche en collaboration avec la Commission de la santé mentale du Canada. Ils ont conclu ceci :

> *Il semble que, chaque jour, la crise de dotation en personnel dans les soins de santé canadiens s'aggrave… Au centre se trouvent les travailleur(euse)s de la santé qui sont physiquement et mentalement épuisés par les environnements de travail dangereux dans lesquels on leur demande de travailler depuis des années, et qui se sont grandement aggravés pendant la COVID-19… Même avant la pandémie de la COVID-19, les travailleur(euse) s de la santé canadiens étaient victimes d'épuisement professionnel et de dépression.*

La dure réalité est que les conditions de travail affectent négativement le personnel infirmier, et ce à grande échelle. Des charges de travail épuisantes et le stress leur causent des dommages physiques et émotionnels. Ils sont nombreux à subir de la violence et des traumatismes, bon nombre étant victimes de violence verbale et physique, tandis que d'autres souffrent de problèmes émotionnels après avoir été victimes de tels incidents. Ils croient qu'ils ne sont pas suffisamment respectés pour leurs compétences et le travail qu'ils font. Et ils sont nombreux à être abattus.

Comme l'a dit **Lena** ses responsabilités ne sont pas toujours reconnues et elle retrouve cela difficile à accepter. *« Les infirmières font une différence chaque jour. Je souhaite seulement qu'on soit respectées et soutenues davantage. C'est un point très sensible pour moi. »*

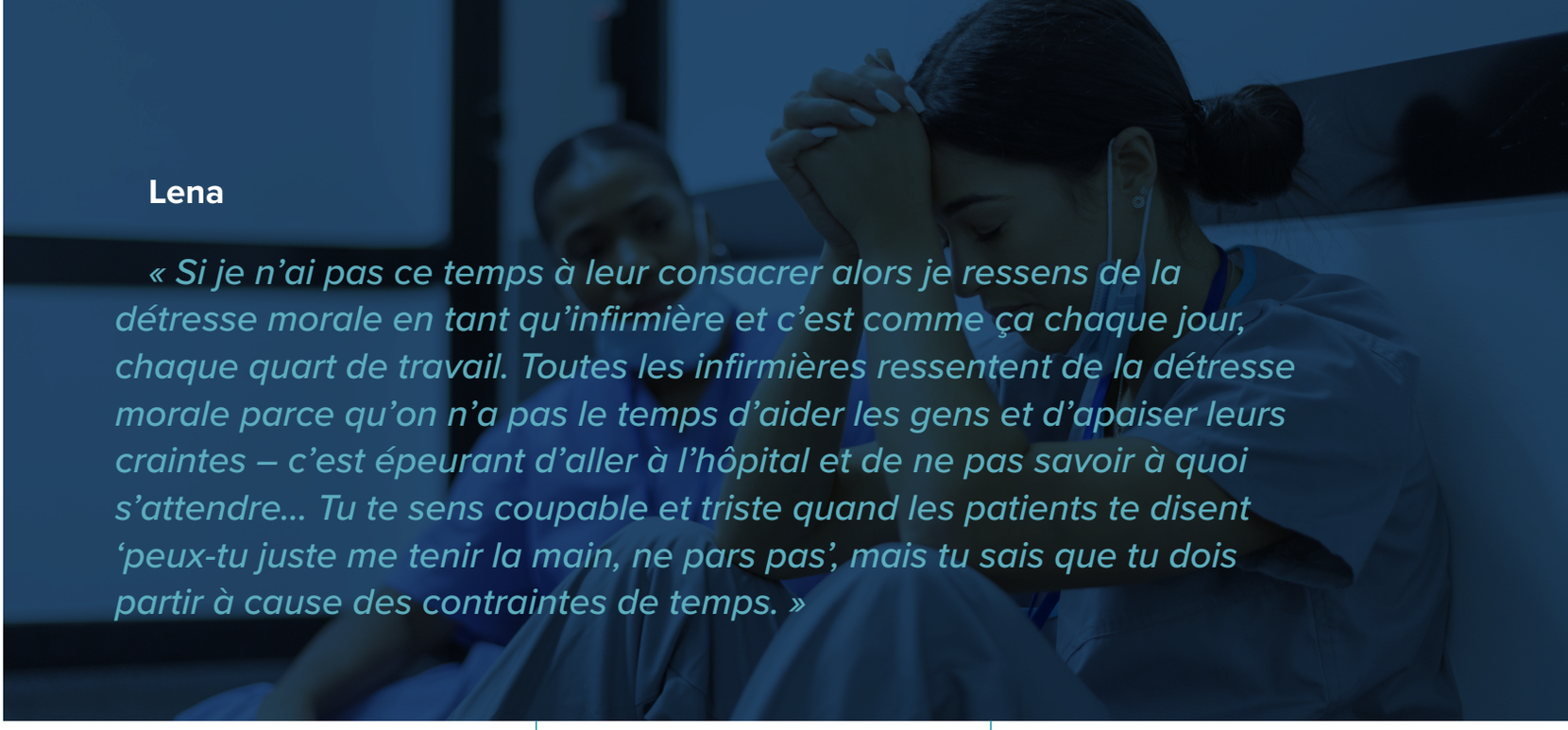
Détresse morale

Pour bon nombre de membres du personnel infirmier, leur incapacité à prodiguer les soins qui, selon eux, sont nécessaires peut causer de la détresse morale. Cela peut les affecter lorsqu'ils « savent ce qui doit être fait mais sentent qu'on les empêche de faire ce [qu'ils] croient être la bonne chose en raison des limitations des soins de santé complexes comme le manque de personnel, les contraintes de temps ou le manque de ressources » (Fortier, 2019).

Selon la Commission de la santé mentale du Canada (2022), « 40 pour cent des travailleur(euse)s de la santé ressentent de l'épuisement professionnel » et « le niveau élevé de détresse morale correspond à un haut niveau d'épuisement professionnel. »

Zahra a décrit les demandes qu'on lui fait lorsqu'elle prend soin de nouveau-nés démunis.

« Quand je travaille à l'unité de soins intensifs néonatals, je suis toujours affectée à trois bébés. La majeure partie du temps tu cours partout parce que tous les bébés doivent essentiellement être nourris toutes les trois heures. Tu dois penser au temps, tu donnes le biberon, tu changes la couche, tu donnes le biberon, tu changes la couche, tu donnes le biberon, tu changes la couche. Mais il se peut qu'un bébé n'aime pas être nourri et il s'endort. Ou parfois un bébé pleure et tu te sens tellement coupable parce que tu as un autre bébé dans les bras à qui tu essaies de donner le biberon. Puis tu penses, 'Je ne peux pas juste déposer celui-ci pour en prendre un autre.'. Et ils veulent constamment être câlinés. Mais tu dois simplement le laisser pleurer parce que tu en as un autre dans les bras. Tu se sens tellement mal parce que tu sais qu'il a besoin d'attention, mais tu ne peux pas vraiment lui en donner. Et, particulièrement pour un bébé plus vieux de 100 ou 130 jours. Il se trouve à l'unité parce qu'il est né plus tôt, alors quand il atteint l'âge gestationnel de 37ou 38 semaines, il se peut qu'il ait déjà plus de 100 jours. Il doit prendre du poids et être stable avant de rentrer à la maison. Et il ne dort pas comme les nouveau-nés, qui font à peu près juste manger et dormir. Les plus vieux ont besoin de plus d'attention, mais tu n'as pas le temps de donner l'attention dont ils ont besoin – le besoin constant d'être câlinés. »



Lena

« Si je n'ai pas ce temps à leur consacrer alors je ressens de la détresse morale en tant qu'infirmière et c'est comme ça chaque jour, chaque quart de travail. Toutes les infirmières ressentent de la détresse morale parce qu'on n'a pas le temps d'aider les gens et d'apaiser leurs craintes – c'est épeurant d'aller à l'hôpital et de ne pas savoir à quoi s'attendre… Tu te sens coupable et triste quand les patients te disent 'peux-tu juste me tenir la main, ne pars pas', mais tu sais que tu dois partir à cause des contraintes de temps. »

Andy a bien décrit le concept de détresse morale puisqu'il la ressent personnellement.

« Les liens avec les patients, c'est ce qui m'a attiré vers les soins infirmiers. Toute ma vie j'ai toujours aimé aider les gens… La valeur fondamentale que j'aurai toujours, que j'ai eu tout au long de mes cours en soins infirmiers et de ma carrière, ce sont les soins axés sur les patients. Je ne l'oublierai jamais… au bout du compte, c'est ce qu'on est censés faire – du personnel de direction au personnel infirmier. Mon travail consiste à m'assurer de prendre soin de ce patient et de m'occuper de ses problèmes personnels. Et si je perds ça de vue ou que je ne peux pas m'y consacrer entièrement, c'est là que j'ai des enjeux éthiques et je ne sais pas ce que je dois mettre de côté la majeure partie du temps… en plus de ce patient j'ai sept autres choses dont je dois me préoccuper… Le mot qui me vient toujours à l'esprit quand je pense à ma situation c'est 'désespoir'. J'ai traversé une période de transition où il y avait une meilleure dotation en personnel, où on recevait du soutien, où on prodiguait des soins adéquats… maintenant on est en sous-effectif, ressentant les problèmes de rétention, et ça me laisse avec un profond désespoir pour nos patients et la communauté. C'est très difficile. J'ai de nombreux dilemmes éthiques. »

Claudette partage le sentiment de désespoir d'Andy. Elle a acquis de vastes compétences et la capacité nécessaires pour s'adapter aux divers défis inhérents à son travail. Mais maintenant, elle sent qu'elle fait seulement les tâches requises plutôt que prodiguer des soins infirmiers.

« Après un quart de travail, je me sens abattue en quelque sorte. Et parfois je me sens triste parce que mon travail actuel a tellement changé par rapport à ce qu'il était lorsque j'ai commencé à travailler comme infirmière. Je voulais être cette prestataire de soins empathique et bienveillante, mais ça a commencé à ressembler à un simple travail. Maintenant, tous les éléments holistiques qu'on nous a appris à l'école n'en font plus partie. On a appris des théories au sujet des processus de soins et des évaluations, et l'Ordre souligne toutes les choses que nous devrions faire, imputabilité et éthique et compassion, mais on n'a pas toujours l'occasion de les employer parce qu'on a tous ces patients et un travail axé sur les tâches à faire. »

Lena ressent de la culpabilité et de la tristesse quant au fait qu'elle est incapable d'offrir le confort qu'elle sent qu'elle doit offrir en tant qu'infirmière compatissante.

« Les familles de patients mourants ont des crises existentielles au sujet de leurs proches – et c'est humain! Si je n'ai pas ce temps à leur consacrer alors je ressens de la détresse morale en tant qu'infirmière et c'est comme ça chaque jour, chaque quart de travail. Toutes les infirmières ressentent de la détresse morale parce qu'on n'a pas le temps d'aider les gens et d'apaiser leurs craintes – c'est épeurant d'aller à l'hôpital et de ne pas savoir à quoi s'attendre… Tu te sens coupable et triste quand les patients te disent 'peux-tu juste me tenir la main, ne pars pas', mais tu sais que tu dois partir à cause des contraintes de temps. On est pleinement conscients du temps dont on dispose pour le faire parce qu'on n'a pas assez de temps pendant notre quart de travail pour accomplir toutes nos tâches et c'est pénible parce qu'on veut être davantage au chevet des patients. »

Karla est fâchée de voir à quel point les exigences du travail affectent son côté bienveillant. Elle trouve ça souvent intolérable émotionnellement et physiquement.

« C'est devenu à un point tel que lorsque je travaillais au sein d'une unité médicale où tu fais preuve de compassion mais en même temps pas vraiment – ce qui est tellement horrible à dire à haute voix. Et ça continue un peu – tu essaies d'oublier la culpabilité de tout ça. Ce sont les petites choses; c'est toujours les petites choses que tu sais que tu devrais faire. Je parlais à une de mes anciens superviseurs la nuit dernière. On travaillait pendant le quart de nuit et elle a dit, 'De nos jours on espère que les besoins fondamentaux des patients seront satisfaits – avec un peu de chance.'. C'est vraiment désolant. Quand tu es un patient qui ne peut pas se nourrir tout seul et que tu as besoin d'aide, à quelle heure on te donne vraiment ton déjeuner s'il arrive à 8 h 00? Je ne sais pas. Ça peut être à 8 h 30, ça peut être à 10 h 00. C'est vraiment terrible mais c'est ce que je vois. Lorsque je travaillais à une unité médicale, je restais éveillée jusqu'à 3 h 30 avant la première journée de mon bloc d'heures, redoutant ce qui m'attendait. Et il y avait des journées où je pleurais en me rendant au travail, et j'espérais vraiment, d'une certaine façon, avoir un accident d'auto ou qu'un pneu se décroche de ma voiture. Je blaguais en quelque sorte, mais chaque jour je conduisais, espérant avoir une collision à l'intersection ou quelque chose. Je le disais en blague, puis j'ai fini par réaliser que c'était pas drôle. »

Katherine, une infirmière qui a de la difficulté à supporter les demandes de son travail, a exprimé ses sentiments de frustration et de déception. *« J'essaie de ne pas me sentir coupable. Je fais de mon mieux… Mais je me sens vraiment déçue de ne pas pouvoir prodiguer les soins dont mes patients ont besoin. »* Non seulement elle court partout la plupart du temps mais elle est triste de ne pas pouvoir établir de lien plus personnel avec les patients. Elle a été particulièrement bouleversée de devoir quitter à la fin d'un quart de travail sans pouvoir offrir du réconfort à une amie personnelle – une patiente – mourante. Elle avait appris quelques jours auparavant qu'elle connaissait la patiente nouvellement admise, lorsqu'une infirmière lui a demandé de l'aider à relever une patiente alitée. .

« Et je suis allée dans la chambre et j'ai regardé la patiente – et c'était mon amie. Je ne savais pas qu'elle était rendue aux soins palliatifs. Elle était très émotive et avait de la difficulté à faire face à la situation, beaucoup de médicaments pour l'anxiété, en déni et incrédule que c'était la fin pour elle. Je suis allée jeter un coup d'œil à sa chambre assez souvent pour lui dire bonjour et lui tenir la main. Mais un jour, je n'ai même pas eu le temps d'aller la voir une seule fois au cours de mon quart de travail de douze heures. Ce fut une dure journée. En partant, je parlais avec une autre infirmière dans le vestiaire. On disait toutes les deux à quel point on avait mal aux pieds, à quel point on était épuisées. Elle disant, 'Oh mon Dieu, je dois conduire pour me rendre à la maison. Comment je vais faire? Je sens que je vais juste m'endormir ici dans le vestiaire.'. Ça avait été une dure journée. J'ai entendu mon amie pleurer dans la chambre obscure, et je voulais aller la voir, mais j'étais épuisée. Plus tard je me

suis sentie vraiment coupable de ça, mais j'étais tellement épuisée. »

Karla est bouleversée par la façon dont les soins infirmiers ont changé.

« Quand tout ce que tu as connu c'est comment les choses se passent maintenant et que tu entends parler de comment c'était avant, je sens que je pourrais mieux faire les choses parce que je sais que la qualité des soins a déjà été meilleure. Mais maintenant avec le manque de personnel et l'acuité plus grande des besoins des patients, c'est comme si tu avais échoué en quelque sorte. Ça laisse définitivement un sentiment d'incompétence. C'est difficile quand tu apprends à la fin de ton quart de travail que ton patient incontinent n'a pas été changé depuis des heures, et soit tu ne le savais pas ou tu n'as pas eu le temps de le faire. C'est particulièrement difficile si un patient a besoin de deux personnes pour lui prodiguer peu importe les soins et que tu ne réussis pas à trouver une autre personne pour t'aider, alors ça doit attendre. »

Katherine a raconté une histoire qui illustre le problème auquel les membres du personnel infirmier sont confrontés chaque jour à essayer de jongler avec une énorme charge de travail avec leur besoin profond d'être là pour assurer du confort à leurs patients.

« Je travaille avec cette jeune infirmière vraiment charmante; tout le monde l'aime. Elle est sortie de la chambre d'une patiente, s'est rendue au chariot à linge, a pris quelques serviettes et débarbouillettes et elle s'est tournée vers moi en souriant et m'a dit, 'Je dois aller laver Mme Untelle. Je l'ai déjà lavée mais elle a oublié.'. Et je lui ai dit, 'Alors dis-lui juste non.'. Elle m'a regardée, s'est retournée et est allée la laver quand même. Je suis rentrée à la maison ce soir-là et j'ai pensé à quel point c'était une bonne infirmière, allant au-delà des attentes, et me voici à lui dire de dire non à la patiente. Jamais elle allait dire non à cette patiente, et vous savez quoi, je l'ai réalisé après, je n'aurais jamais dû lui dire ça. »

Bon nombre de membres du personnel infirmier ont conclu que leur gestionnaire offrait peu de soutien pour les difficultés auxquelles ils sont confrontés. Ils risquent de se voir imposer des mesures disciplinaires s'ils prennent des congés de maladie dont ils ont grandement besoin pour récupérer, mentalement et physiquement.

Karla a mentionné qu'ils reçoivent des lettres de l'hôpital suggéran *« qu'ils sont là pour vous aider mais, en fait, ils vous avertissent que tu as atteint ton nombre de journées de maladie permis. On détruit nos corps et, parfois, notre santé mentale à faire ce travail et puis ils nous imposent des mesures disciplinaires pour avoir pris congé. »*

Kim croit que le fait que la plupart des membres du personnel infirmier sont des femmes contribue aux demandes qui leur sont faites et au rejet de leurs préoccupations du revers de la main.

« Je pense que notre employeur ne considère pas les soins infirmiers comme étant quelque chose d'important ou de tangible. 'C'est ce que font les femmes, ce que font les mères, alors fais-le tout simplement. Et fais toutes les autres choses pendant que tu y es aussi. Et souris et sois reconnaissante d'avoir un emploi.'. Je trouve ça très misogyne; c'est très sexiste. 'Continue à en faire plus et travaille jusqu'à épuisement, travailles pendant tes pauses, ne vas pas aux toilettes et fais des heures supplémentaires.'. Mais tu dois supplier pour être payée pour tes heures supplémentaires et justifier pourquoi tu es en retard. C'est ridicule. »





Soins qui n'ont pas été donnés et erreurs médicales

Des données probantes canadiennes et internationales montrent qu'une dotation en personnel infirmier inadéquate est associée à une augmentation des soins infirmiers qui ne sont pas donnés, des erreurs médicales, des interventions retardées, des retards dans l'administration de médicaments et des résultats négatifs pour la patientèle (Brophy et Keith, 2025).

Une méta-analyse de 85 études a conclu que « l'épuisement professionnel du personnel infirmier était associé à un moins grand sentiment de sécurité chez la patientèle et un moins grand niveau de sécurité de la patientèle; plus d'infections nosocomiales [d'origine hospitalière], de chutes de la patientèle, d'erreurs de médicaments et d'événements indésirables; des taux de satisfaction de la patientèle inférieurs; et une moins grande qualité des soins évaluée par le personnel infirmier. Les associations étaient uniformes peu importe l'âge, le sexe, l'expérience et la géographie du personnel infirmier » (Li et al, 2024).

En 2026, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) a interrogé des infirmier(ère)s de partout au pays. Elle a conclu que 57 pour cent des personnes interrogées ont affirmé qu'elles « ont régulièrement la responsabilité d'un plus grand nombre de patient(e)s dont il est, selon elles, sécuritaire de prendre soin… La moitié des personnes interrogées ont évité un accident de justesse ou ont vécu un incident en matière de sécurité de la patientèle au cours des six derniers mois. Près de trois de ces personnes interrogées sur quatre affirment que le manque de personnel ou le nombre élevé de patient(e)s étaient des facteurs contributifs ».

Comme le souligne le chercheur Guytano Virdo (2025) : « Des études montrent à quel point l'intensification du travail du personnel infirmier et les soins qui n'ont pas été donnés sont une conséquence du transfert de la gestion. » Les études citées par Guytano Virdo montrent



également que le personnel infirmier pressé et excessivement occupé risque davantage de faire des erreurs médicales.

Les membres du personnel infirmier sont eux-mêmes confrontés à ce problème et cela contribue à leur stress et à leur anxiété.

Sumaia a affirmé ceci : *« Si vous avez plein de personnel infirmier épuisé, vous ne recevez pas de soins adéquats à l'hôpital et vous n'avez pas de bons résultats. Comme ce qu'on voit tout le temps à l'hôpital, ces bébés qui arrivent avec des pertes de poids de 15 pour cent parce que les parents n'ont pas reçu les enseignements adéquats de notre part parce qu'on était tellement débordés. »*

Lena « Il se peut que les familles de certains patients ou la population croient que leur proche reçoit les meilleurs soins possibles. C'est vrai – c'est le mieux qu'on puisse faire avec ce qu'on a pour travailler. On donne le meilleur de nous-mêmes mais si les familles des patients ne sont pas là pour les soutenir, les soins sont loin d'être adéquats, particulièrement en matière de nutrition et de positionnement dans une unité surchargée et en sous-effectif. Donc, ils n'ont pas droit aux résultats qu'ils méritent. Notre gouvernement doit embaucher plus de personnel infirmier. »

« Il se peut que les familles de certains patients ou la population croient que leur proche reçoit les meilleurs soins possibles. C'est vrai – c'est le mieux qu'on puisse faire avec ce qu'on a pour travailler. On donne le meilleur de nous-mêmes mais si les familles des patients ne sont pas là pour les soutenir, les soins sont loin d'être adéquats, particulièrement en matière de nutrition et de positionnement dans une unité surchargée et en sous-effectif. Donc, ils n'ont pas droit aux résultats qu'ils méritent. Notre gouvernement doit embaucher plus de personnel infirmier. »

Ellen a affirmé que le fait d'avoir une dotation en personnel infirmier adéquate à l'unité de réadaptation musculosquelettique serait utile *« de toutes les manières possibles ».*

« Même une chose simple au sein de mon service comme amener un patient aux toilettes ou empêcher qu'il souffre d'incontinence parce que tu t'occupes d'un autre patient et que personne peut prendre le relais. Parce que chaque infirmière travaille maintenant à son plein potentiel. Il n'y a personne. Si chaque infirmière a cinq patients, elle va prioriser ce qu'elle doit faire en premier avant de t'aider. La dignité des gens finit par revêtir une moins grande importance parce que maintenant ils n'ont pas pu s'empêcher d'uriner ou de faire caca et maintenant, même s'ils n'ont jamais été incontinents avant, personne ne peut les amener aux toilettes. Donc, tu dois maintenant aller voir un patient et t'excuser; lui dire 'Je suis désolée. Je suis arrivée trop tard. J'étais avec un autre patient.'. Ça ne change pas le fait que cette personne s'est souillée. Elle a perdu sa dignité parce que la gestionnaire a décidé qu'il était ok de travailler avec trois membres du personnel plutôt que cinq. Je pense que c'est tout simplement injuste de nombreuses façons. »

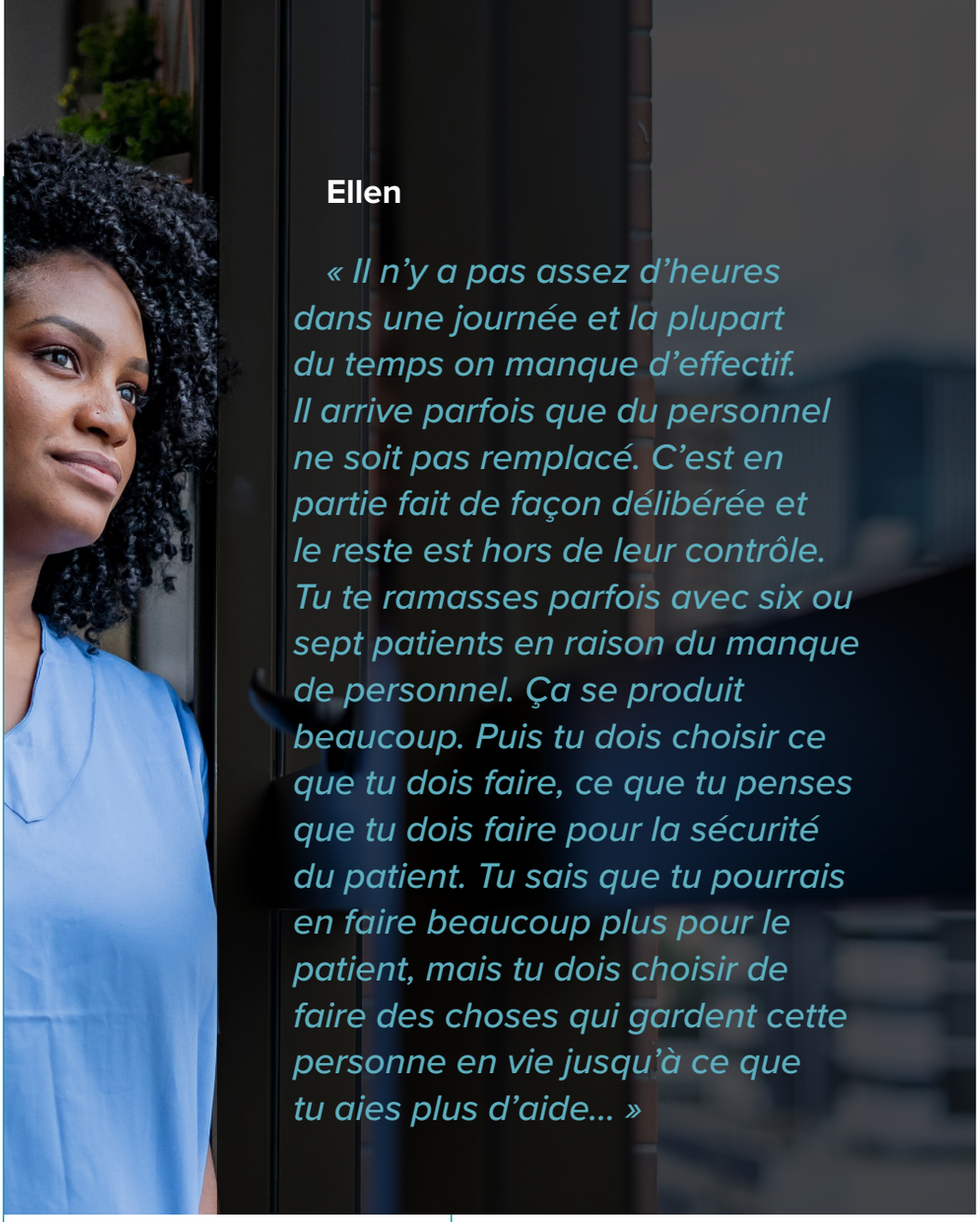
Elle a expliqué que la gestionnaire a installé des alarmes dans les lits et sur les chaises, mais elles ne sont pas nécessairement efficaces si un(e) patient(e) attend trop longtemps après une infirmière. *« Une personne qui ne veut pas être incontinente peut essayer de se lever pour aller aux toilettes et tomber parce qu'elle vient tout juste d'être opérée. Et maintenant au lieu de simplement récupérer d'une opération au genou, elle s'est brisée la hanche, et elle risque d'en mourir. C'est un énorme traumatisme pour son corps. »*

Zahra a expliqué que le système de l'hôpital avait récemment été amélioré afin de permettre un processus de demandes plus efficace pour les médecins et le personnel infirmier. Cependant, ce changement a entraîné des erreurs et des soins qui n'ont pas été donnés, alors que le personnel médical avait de la difficulté à s'adapter au nouveau système. Souvent, les médecins oubliaient d'entrer les régimes alimentaires des mères,

laissant souvent l'alimentation sans instructions claires. Elle a dit : *« Parfois, une patiente ne reçoit pas de plateau. Elle attend jusqu'à 9 h ou 10 h puis me dit qu'elle n'a pas eu son petit déjeuner. Et tu te sens tellement mal pour elle… La charge de travail en ce moment est insensée et c'est dangereux. »* Ile a peur de faire une erreur à cause de sa lourde charge de travail. *« Avoir des ratios infirmière-patients adéquats ferait une énorme différence pour la sécurité des patients et c'est aussi pour protéger ton permis d'exercice. Je paye une assurance avec une limite très élevée, juste au cas où. »*

Kim a affirmé faire de son mieux pour prodiguer les soins appropriés à ses patient(e)s mais que ce n'est pas toujours possible.

« J'aime encore mon travail et je veux donner le meilleur à mes patients, même quand c'est pas idéal. J'ai presque l'air de la petite crieuse du village qui dit aux patients, 'Je suis votre infirmière. On manque de personnel aujourd'hui. Mais je veux que vous sonniez la cloche chaque fois que vous avez besoin de quelque chose. Je vais venir vous voir fréquemment. Si vous souffrez, ou peu importe, je vais répondre à vos besoins. Mais je veux juste que vous sachiez qu'on manque de personnel sur l'étage.'. Et je ne devrais même pas à avoir à dire ça, mais je veux qu'ils soient conscients de la réalité et gèrent leurs attentes. Je vais toujours travailler pendant mes pauses ou peu importe pour répondre aux demandes de mes patients et prioriser les choses, mais ça signifie que d'autres choses seront mises de côté. Donc peut-être que je ne fais pas marcher un patient aujourd'hui, ce qui est néfaste sur un étage chirurgical post-opératoire. Mais je ne sais ce que je peux faire d'autre, honnêtement, autre que de clairement communiquer que c'est la situation actuelle et qu'on va faire de notre mieux. »



Ellen

« Il n'y a pas assez d'heures dans une journée et la plupart du temps on manque d'effectif. Il arrive parfois que du personnel ne soit pas remplacé. C'est en partie fait de façon délibérée et le reste est hors de leur contrôle. Tu te ramasses parfois avec six ou sept patients en raison du manque de personnel. Ça se produit beaucoup. Puis tu dois choisir ce que tu dois faire, ce que tu penses que tu dois faire pour la sécurité du patient. Tu sais que tu pourrais en faire beaucoup plus pour le patient, mais tu dois choisir de faire des choses qui gardent cette personne en vie jusqu'à ce que tu aies plus d'aide… »

Ellen, en tant qu'infirmière en réadaptation musculosquelettique, trouve ça difficile de faire tout ce qu'on exige d'elle.

« Il n'y a pas assez d'heures dans une journée et la plupart du temps on manque d'effectif. Il arrive parfois que du personnel ne soit pas remplacé. C'est en partie fait de façon délibérée et le reste est hors de leur contrôle. Tu te ramasses parfois avec six ou sept patients en raison du manque de personnel. Ça se produit beaucoup. Puis tu dois choisir ce que tu dois faire, ce que tu penses que tu dois faire pour la sécurité du patient. Tu sais que tu pourrais en faire beaucoup plus pour le patient, mais tu dois choisir de faire

des choses qui gardent cette personne en vie jusqu'à ce que tu aies plus d'aide… Quand on a une personne qui vient d'être opérée au genou ou à la hanche, elle a besoin de soins complets. Tu dois l'amener aux toilettes; tu dois lui donner ses médicaments. Si elle a des médicaments par intraveineuse, tu dois installer l'intraveineuse. Tu dois tout faire. Et il se peut que tu ais trois ou quatre personnes à qui tu dois installer une intraveineuse. Spécialement si c'est la fin de semaine, tu es celle qui doit faire toutes les prises de sang ou peu importe. Parallèlement, il se peut que tu aies à enlever des agrafes à des personnes, à qui tu dois faire des pansements… Tu reçois la demande d'un médecin et il s'attend à ce que tu la respecte, mais après ça se peut que ce soit impossible parce qu'un patient est tombé ou que tu fais un pansement et tu as une admission et il n'y a personne pour recoller les morceaux et tu rates cette demande pour un autre patient qui était importante. Mais tu as juste deux bras et deux jambes. Et les êtres humains ne sont pas infaillibles. Ce sont des êtres humains et peu importe à quel point ils essaient de faire de leur mieux, des choses vont arriver spécialement si on leur donne trop de responsabilités. »

Mary voit fréquemment ce qui serait interprété comme étant des erreurs médicales dans l'environnement de travail débordé où elle et ses collègues travaillent.

« À l'urgence de notre hôpital, on a des protocoles en place pour minimiser les erreurs. Cependant, les médicaments sont parfois distribués tard, les demandes arrivent une à la suite de l'autre, sans arrêt, ou les patients ont besoin d'une dose de solution intraveineuse immédiatement. Tu fais de ton mieux pour continuer ta journée, en espérant que le médecin arrive bientôt, mais parfois il est pris à l'unité de traumatologie et n'arrive pas tout de suite. »

Le nombre de patient(e)s et les demandes à l'urgence peuvent, parfois, être impossibles à gérer et **Mary** est souvent incapable de respecter les délais pour l'administration des médicaments.

« J'ai cinq patients dans le secteur des soins actifs et ces cinq patients ont besoin de tous leurs médicaments avant 9 h et je n'y arrive pas, c'est un problème. S'ils ont besoin de leur insuline en même temps que leur repas et que je n'y arrive pas, c'est un problème. C'est une question de sécurité pour les patients et, légalement, quelqu'un pourrait me dénoncer pour ça – chaque jour. C'est une erreur médicale… et je dirais, cinq fois sur six, je ne peux pas toujours leur administrer leurs médicaments à temps. Est-ce que je fais de mon mieux? Absolument. C'est pas bon pour les patients parce qu'ils ont besoin d'un anticoagulant spécifique ou d'un médicament pour le cœur pour garder leur rythme à un certain niveau, si je ne le fais pas ou si je le retarde parce que je dois faire autre chose, c'est pas bon pour le patient. Et on essaie absolument de ne pas faire ça. Mais tout dépend de ce qui se produit. »

Karla croit fermement que le fait d'avoir un nombre grandement insuffisant d'infirmier(ère)s sur place contribue à des erreurs médicales qui affectent non seulement la sécurité de la patientèle, mais le bien-être émotionnel du personnel infirmier.

« Les erreurs médicales sont un problème majeur causé par des niveaux de dotation en personnel inadéquats. Pas nécessairement parce que l'infirmière a pris le mauvais médicament et l'a administré, mais parce qu'il n'y a pas suffisamment de temps pour traiter les demandes correctement ou retourner voir dans le dossier la nuit pour s'assurer que tout est comme il se doit – avoir cette troisième paire d'yeux pour s'assurer que tout est ok. Mais quand tu cours de 19 h 30 à 4 h 00, et que tu t'assois enfin pour la première fois, ton cerveau ne suit plus. Ou tu es une nouvelle infirmière et tu as eu très peu d'orientation, alors tu oublies des choses. Tu ne te rends pas compte des erreurs potentielles de la même manière. Donc, sans que ce soit réellement de ta faute, tu as maintenant fait une erreur de médicament, et puis la peur te submerge – la peur de devoir le dire au patient, la peur de devoir le dire à ton patron, la peur de devoir appeler le médecin. C'est terrible. »

Violence

La violence dont le personnel est victime dans les hôpitaux de l'Ontario est omniprésente. Les conséquences des agressions sauvages, des traumatismes non résolus et du manque d'environnement favorable peuvent être dévastatrices. Il y a dix ans, le *New England Journal of Medicine* a écrit : « La violence au travail dans les soins de santé est un problème sous-estimé, omniprésent et persistant qui a été toléré et largement ignoré » (Phillips, 2016). Peu de choses ont changé dans les dix années qui ont suivi. En réalité, il y a des indications que les choses sont pires que jamais. Les hôpitaux et autres établissements de soins de santé sont progressivement devenus des environnements de travail vulnérables et le problème de violence a été largement ignoré.

Erin Ariss, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO), a affirmé ceci : « Nous savons que des milliers d'infirmières et de professionnels de la santé sont victimes de violence au travail chaque jour dans cette province… Au cours de la seule année écoulée, 63 % des infirmières déclarent avoir subi des violences physiques et 89 % des violences verbales. »

Les demandes d'indemnisation des travailleur(euse) qui ont été acceptées pour des incidents liés à la violence en Ontario ont presque triplées depuis 2012 pour toutes les professions des soins infirmiers, passant de 406 en 2012 à 1 190 en 2024 (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, 2025). Les statistiques au sujet des demandes d'indemnisation acceptées sous-estiment largement la fréquence réelle de la violence puisque la plupart des incidents ne sont pas déclarés à la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail ou même rapportés au sein des établissements hospitaliers où travaille le personnel infirmier.

Kim est également d'avis que la violence dont est victime le personnel de la santé a augmenté.

« On a vraiment fait des pressions pour avoir des agents de sécurité la nuit, les fins de semaine et lors des jours fériés. Il y a eu un incident où une infirmière a été attaquée par un patient à l'urgence. Elle a été frappée, a perdu connaissance et a subi une blessure à long terme. Ce patient était furieux et contrarié parce que l'infirmière était assise à l'accueil et il criait, puis il l'a attaquée par derrière. Il y a définitivement plus de violence à notre unité de santé mentale; il y a aussi eu un patient qui a essayé de s'introduire dans le poste des infirmières, en donnant un coup de pied dans une fenêtre. Et les insolences verbales ont augmenté, le langage, comme des gens qui te dises d'aller te faire voir. Je ne sais pas si c'est juste la société en général? Si c'est juste un manque de respect? Même avec les visiteurs, les membres des familles. On sait que c'est une période stressante. La personne que t'aimes est malade et t'essaies de la protéger mais il y a une bonne manière de faire les choses. Je trouve juste que, en général, du début

Kim

« Nous sommes également d'avis que la violence dont est victime le personnel de la santé a augmenté… je trouve juste que, en général, du début de ma carrière à aujourd'hui, il y a un plus grand manque de respect pour les infirmières. »



de ma carrière à aujourd'hui, il y a un plus grand manque de respect pour les infirmières et c'est très décourageant… C'est difficile d'attendre si tu as besoin de quelque chose; il y a des délais raisonnables pour attendre. Je crois qu'avoir plus de personnel, de meilleurs ratios infirmière-patients, aideraient très certainement à diminuer la violence, et ça améliorerait la sécurité des patients. »

Selon l'expérience de **Lena's**, il y a effectivement une montée de la violence; selon elle, c'est dû en grande partie aux pénuries de personnel infirmier et au manque de lits. Il y a de plus en plus de personnes âgées qui arrivent et souffrent de démence, ce qui peut causer des délires et un comportement combatif. Elle croit également qu'il y a un niveau de misogynie dans le niveau de protection inadéquat auquel personnel infirmier a droit.

« C'est toujours traumatisant quand tu essaies de faire ton travail et que tu subis une blessure, mais la plupart des agressions passent inaperçues, comme se faire pincer, grafigner, frapper, empoigner. La plupart du temps on étiquette un patient comme présentant un risque pour la sécurité en raison de son comportement et c'est tout. Vous savez on prend toutes les mesures possibles pour éviter de se faire blesser mais tu peux pas toujours éviter un comportement imprévisible, ce qui rend les ratios infirmière-patients super importants parce qu'on veut s'assurer d'avoir les meilleurs niveaux de dotation en personnel pour s'occuper de ces patients. Si on est en sous-effectif, on se met en danger et eux aussi… Je pense que le gestionnaire prendrait ça plus au sérieux si c'était un homme qui était harcelé ou blessé tous les jours. C'est comme s'il pense que ça arrive aux femmes dans les soins infirmiers, on devrait donc faire avec. Ça fait juste partie du travail… et si on peut étiqueter ça comme présentant 'un risque pour la sécurité en raison d'un comportement' c'est correct, c'est permis. »

Karla a dit être particulièrement en colère que si peu de choses sont faites pour la protéger elle et ses collègues de travail.

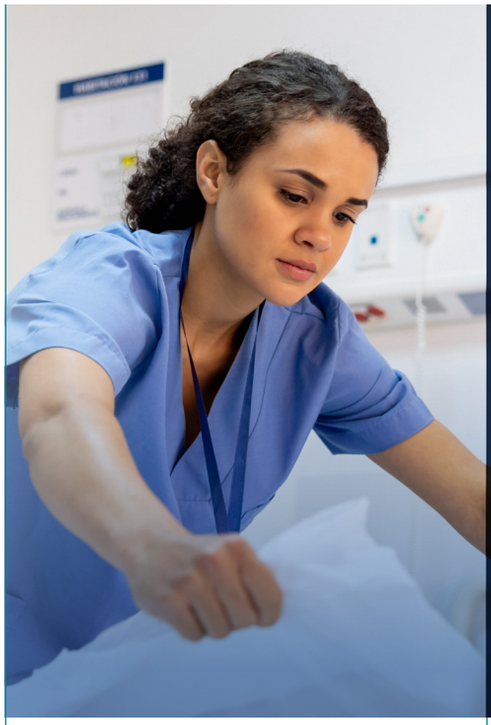
« C'est exaspérant de savoir qu'une personne peut juste agresser verbalement ou physiquement le personnel de la santé à répétition. Je connais des infirmières qui ont été suivies dans le stationnement après le travail par des patients qui les harcèlent. Rien n'est fait à ce sujet. Les patients et les familles peuvent te crier après dans les couloirs. Rien n'est fait parce que les médecins ne veulent pas donner leur congé à des patients agressifs pour des raisons de responsabilité. L'hôpital met des affiches qui disent qu'on a une politique de tolérance zéro face à la violence et au harcèlement, mais ils ne font rien. »

Elle a décrit la réaction du gestionnaire quand du personnel infirmier soulève des préoccupations ou dépose des plaintes pour violence. Elle considère sa réponse sexiste.

« Il y a de la violence. Les gens pensent qu'ils peuvent s'en tirer. Juste les paroles du gestionnaire à ce sujet 'Oh, les infirmières font juste se plaindre.'. Comme si on ne soulevait pas une préoccupation qui est justifiée. Il considère que c'est juste du pleurnichage. N'importe où ailleurs, si des travailleurs étaient battus, ça serait juste pas toléré. Mais quand ça arrive à une femme, on se plaint ou on a des récriminations ou on pleurniche. En fait, non, c'est une agression! C'est une agression physique! C'est illégal. Ça t'informe que cet acte violent s'est produit. Je trouve les paroles à ce sujet très misogynes. »

Claudette, une infirmière racisée, a décrit comment la violence l'affecte elle et le personnel infirmier. Elle a mentionné que c'est une source d'inquiétude constante pour elle. Elle s'est rappelée d'une époque où elle travaillait régulièrement avec des patients violents, et c'était épuisant émotionnellement. Le traumatisme d'être attaquée physiquement ou agressée verbalement pendant qu'elle essayait de faire son travail l'a laissée avec un sentiment d'anxiété et l'a fait se questionner sur son choix de carrière.

« C'est vraiment difficile parce que tu essaies de faire tes tâches, mais tu as aussi peur juste de te retrouver au travail. Tu regardes par-dessus ton épaule en te demandant 'est-ce qu'on va me parler de la couleur de ma peau?'. On m'a déjà lancé des choses. J'ai vécu beaucoup de choses négatives. Tu crains pour ta sécurité. Est-ce un compromis? Pourquoi on doit s'attendre à ça? Pourquoi l'abus fait partie des soins infirmiers? Pourquoi c'est normalisé? Et qu'est-ce qu'ils vont faire pour régler ça? Et tu dois continuer de t'occuper du patient, n'est-ce pas? Et comment tu fais pour passer à travers un quart de travail de 12 heures avec une personne abusive ou menaçante? Et il y a un niveau de violence élevé à l'urgence. Les gens sont malades; les temps d'attente sont longs; ils sont frustrés, ils ne savent pas vers où ou qui se tourner, et ça se transforme en colère – certains deviennent menaçants à ce moment-là. Je me rappelle d'un monsieur qui était fâché à cause du temps d'attente. Il était en colère et agressif. Il criait et hurlait et frappait – disant agressivement qu'il voulait voir un médecin immédiatement en nous sacrant après. Tu dois alors demander l'aide d'un agent de sécurité. Tu te retrouves à subir un niveau de stress accru. Et ça fait en sorte que c'est difficile psychologiquement de faire le reste de son quart de travail parce que tu penses à ta sécurité et ça peut devenir un peu difficile de se concentrer. »



Claudette

« Tu crains pour ta sécurité. Est-ce un compromis? Pourquoi on doit s'attendre à ça? Pourquoi l'abus fait partie des soins infirmiers? Pourquoi c'est normalisé? »

La violence peut causer des blessures qui entraînent non seulement de la douleur et un traumatisme émotionnel, mais également un arrêt de travail. **Ellen** a dit ceci : *« J'ai encore un bleu de quand un patient a attendu que je m'approche de lui pour me frapper à la poitrine. J'ai été en arrêt de travail pendant plus de deux semaines à cause de ça. »*

Andy a dit avoir été victime de violence et il voit comment cela peut affecter non seulement la personne qui a été attaquée, mais le reste du personnel également. *« C'est un choc. Le traumatisme peut se répandre parmi les membres du personnel alors que tout le monde essaie de rassurer les autres que tout va être ok. Mais on sait que ça va se reproduire. »* Il a expliqué que plus de mesures proactives sont nécessaires pour prévenir la violence, au-delà de simplement évaluer la patientèle pour les facteurs de risque. Comme en sont les choses en ce moment, il croit que les outils d'évaluation offerts ne sont pas suffisants pour prévenir les incidents. *« J'ai exigé des précepteurs. Par exemple, lorsque les gens arrivent à l'urgence, on devrait signaler des personnes potentiellement agressives immédiatement et avoir des aires séparées pour nos patients nécessitant des soins médicaux et d'autres pour les patients qui ont été signalés pour des raisons de sécurité. »* Il a dit qu'avoir plus de personnel présent serait une mesure de protection. *« Je pense qu'avoir la continuité du personnel et avoir des personnes qui connaissent notre communauté, qui pourraient reconnaître les mêmes patients violents qui arrivent, serait utile. On doit surveiller ces personnes*

autre que juste par caméra. Ça aiderait à protéger les autres patients qui sont là aussi – ce qui est donc un aspect de notre protection. »

Erin a suggéré qu'une partie du problème est que, avec les pressions impossibles découlant de la charge de travail, le personnel infirmier ne dispose pas de suffisamment de temps pour établir une relation avec leurs patients ou pour découvrir s'ils sont agressifs ou pourquoi.

« Les gens veulent apprendre à te connaître. On veut apprendre à les connaître parce que toute la partie holistique est importante. Ça fait partie de l'établissement d'une relation thérapeutique. On ne peut plus apprendre à connaître le patient… pour mieux comprendre pourquoi il est agressif. Pourquoi il est comme ça? Quelle est son histoire? Ça ne se fait plus. L'empathie a disparu. C'est difficile d'établir ces relations maintenant parce que tout est devenu mécanique. On doit respecter des limites de temps. On doit installer de nouveaux patients dans les lits… Et ça c'est l'autre chose – tu es aux prises avec des personnes que tu dois déplacer dans le couloir – et leurs familles en colère. »

Lisa a décrit les conditions troublantes dans les unités hospitalières et les urgences, y compris la prévalence de la consommation de drogues.

« C'est fou la violence. Le nombre de personnes qui crient, sacrent, deviennent violentes. Il y a beaucoup de fentanyl de nos jours, ce qui est épeurant. On a été exposés dans les toilettes d'unités et à l'urgence… Il y a un fossé entre notre formation sur la façon dont les gens devraient approcher des situations parce que maintenant c'est tellement imprévisible avec la consommation de drogues et l'exposition. C'est donc le nouveau défi en ce moment… La culture de nos jours est différente d'avant. Les gens sont moins patients, plus exigeants. On n'avait pas autant de violence, il y a quinze ans mettons, et si une personne était en colère et avait besoin de temps, on avait du temps à consacrer à cette personne, pour désamorcer, pour voir ce qui se passait. C'est plus le cas… tu sais jamais qui passera la porte et, en ce moment, il y a beaucoup d'exposition aux drogues, beaucoup de monde qui ont pris quelque chose et qui ont complètement perdu la tête, des gens qui arrivent avec des couteaux. »

Laura a dit que, malgré ses meilleurs efforts pour offrir des soins de qualité et du soutien, elle subit souvent de la violence verbale, des menaces et de l'hostilité de la part de patients à l'urgence qui se défoulent sur elle avec des grossièretés et des attaques personnelles.

« On me lance des objets ou un patient agressif essaie de me donner des coups de pied ou de me frapper. Un patient m'a déjà crié après, à quelques pouces du visage, me filmant, ses mains dans mon visage, le poing en l'air, pas nécessairement avec l'intention de me frapper mais menaçant de le faire. Et ça peut parfois être des patients en psychiatrie, mais aussi parfois des personnes âgées qui souffrent tout simplement de démence et son tout simplement terrifiées et ne savent pas pourquoi elles sont là. Une nuit un détenu a réussi à attraper une seringue et des ciseaux et refusait de laisser entrer quiconque dans la chambre. On a dû appeler la police pour le désarmer et l'évacuer de l'urgence pour assurer la sécurité de tout le monde. Et j'ai déjà eu un patient en délire postopératoire. Il m'a donné des coups de coude dans les côtes à maintes reprises pendant qu'on essayait de le transférer et il a fini par me casser une côte et à les séparer légèrement et à endommager mes muscles intercostaux. »

Mary a également parlé de toute la violence qu'elle subit, dont une grande partie de la part de patient(e)s en santé mentale ou de patient(e)s sous l'effet de drogues.

"« On a une salle à notre urgence et c'est là que vont nos patients en santé mentale et s'il y a un code blanc, on s'attend à ce qu'on réponde… Je déteste le dire, mais je commence à me tenir en retrait parce que, pourquoi à la fin de ma carrière, je prendrais le risque de me faire

frapper à la tête par quelqu'un, me faisant perdre connaissance, me causant une fracture, me cassant une dent… Et c'est terrible parce qu'ils ont un problème. Pas tous. Pour certains c'est comportemental, mais d'autres ont des problèmes à cause de la drogue et tout le reste et ils sont juste combatifs parce que c'est tout ce qu'ils connaissent… Ces personnes sont tellement fortes, c'est incroyable. Je ne sais pas d'où ça sort… Il y a de la violence tous les jours… Souvent la police arrive avec une personne qu'elle veut que l'hôpital évalue avant de l'amener en prison parce que, si elle a menacé de se suicider, ou je ne sais quoi, ils vont l'amener. Souvent ils sont tellement accros aux drogues qu'ils ne savent même pas ce qu'ils font. On les amène dans une chambre et on attend que quelqu'un de la psychiatre arrive, qu'une infirmière en santé mentale vienne l'évaluer, et puis soudain, ils veulent aller dehors fumer. Ils veulent s'en aller et ils sont décidés à partir donc ils commencent à s'obstiner; ils commencent à crier, à sacrer, à blasphémer, à frapper des choses. Des patients ont pris des tables et les ont lancées dans les fenêtres. On a souvent dû demander à la police de venir nous aider parce que le patient était devenu trop agressif. Lorsque ça en vient là… une civière de contention est installée dans la salle. On déclenche un code blanc. Des gens sont formés pour ça. Maintenant la partie triste de ça c'est que beaucoup de nos agents de sécurité sont plus âgés et plus fragiles… on devra donc maintenir le patient. On devra l'attacher. Il essaie de mordre; il crache; il donne des coups de pied, tout ça. On a normalement deux ou trois personnes par bras ou par jambe et il continue de crier et tu essaies de lui maintenir la tête et c'est dangereux pour le patient. C'est dangereux pour nous, mais c'est dangereux pour le patient. »

Mary a parlé d'un incident qui s'est déroulé récemment à l'unité de santé mentale où deux infirmières blessées se sont retrouvées à l'urgence.

« Il y avait un monsieur en très grande forme et elles sont entrées lui donner des médicaments et il est littéralement devenu fou. Il y avait trois infirmières en santé mentale. Il y avait un médecin. Il y avait un agent de sécurité. Il a frappé l'agent de sécurité à la tête. Il a donné des coups de pied ou de poings à deux infirmières. L'une d'elles s'est retrouvée avec une lacération au niveau du nez et sous le menton. L'autre a eu un énorme bleu au visage. Elles sont venues à l'urgence. C'était juste épouvantable. C'est désolant de voir une personne penser qu'elle a le droit de faire ça à une autre personne et qu'on doit comme accepter la situation d'une certaine façon comme quoi ça fait partie de notre travail – mais c'est une partie inacceptable. Ce n'est pas correct de rentrer au travail et de se faire donner des coups de pied, de se faire pincer, de se faire mordre, de se faire cracher dessus, de se faire sacrer après. »

Jane a décrit un incident violent qui s'est produit tôt dans sa carrière mais qui a eu des répercussions à long terme.

« Je travaillais à l'urgence une nuit et je faisais le tour de mes patients. Un était un consommateur de drogues injectables. J'allais le voir juste pour m'assurer qu'il respirait. Je me suis penchée et il m'a attrapée par les cheveux et m'a frappé le visage sur le bord du lit. J'ai dû crier et j'ai dû me débattre pour me sortir de là, puis un agent de sécurité et d'autres infirmières sont arrivés pour m'aider. Je ne l'oublierai jamais. Mon nez saignait. J'avais vraiment mal et j'étais nerveuse et maintenant, juste à en parler, je ressens à nouveau le traumatisme donc, même si ça fait longtemps, c'est quand même quelque chose dont je me rappelle très bien. »

Elle a ensuite parlé d'une situation plus récente et perturbante et de la terreur qu'elle a ressentie. Le petit-ami d'une de ses patientes l'a menacée. La patiente avait révélé à l'infirmière que son petit-ami connaissait des détails au sujet de son véhicule, de sa plaque d'immatriculation et même de son adresse personnelle. Sa gestionnaire et même la police n'ont pas pu vraiment lui offrir beaucoup de protection. Elle a dit ceci : *« Je me suis demandée en quoi c'était sécuritaire. Je dois tout de même retourner à cet hôpital et prendre soin de cette femme alors que son conjoint me harcèle. »* Elle a dit que le problème n'a pas été réglé et que, heureusement,

elle n'a pas été blessée. Mais ça l'a laissée avec un sentiment de vulnérabilité, elle s'est sentie blâmée et elle ne s'est pas sentie soutenue. *« Ça fait juste pas de sens pour moi. On m'a fait sentir comme si j'étais le problème et ce parce que je voulais me sentir en sécurité et ils ne pouvaient pas faire ça pour moi. »*

Des syndicats des soins de santé, des organisations et des parlementaires ont réussi à exercer des pressions pour des modifications au *Code criminel du Canada* traitant spécifiquement de la violence à l'encontre des travailleur(euse)s de la santé. En octobre 2025, le Parlement a pris une mesure importante avec le projet de loi S-233, reconnaissant que les agressions à l'encontre des travailleur(euse)s de la santé et des premier(ère)s intervenant(e)s sont un facteur aggravant lors de la détermination de la peine. Mais il ne va pas assez loin. Il ne traite pas des causes sous-jacentes ou des facteurs structurels, comme le manque de personnel.

Selon la chercheuse Linda Aiken (2025) :

> *Des études ont montré que le fait d'avoir plus d'infirmier(ère)s aide à réduire le niveau de violence et de traumatisme que ça engendre. Une dotation en personnel infirmier insuffisante, en raison de l'incidence du personnel infirmier sur l'organisation globale des soins, contribue à des inefficiences, des délais dans les soins et de la frustration de la part des prestataires, des patient(e)s et des visiteurs, ce qui parfois entraîne des agressions verbales cruelles et blessantes à l'encontre du personnel infirmier et des abus physiques à l'occasion. Une solution aux agressions verbales et physiques dont le personnel infirmier est victime consiste à prévenir des environnements de soins chaotiques en assurant une dotation en personnel infirmier adéquate.*



En d'autres mots, la mise en œuvre de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums aiderait à réduire la charge de travail du personnel, les temps d'attente connexes et les soins frénétiques à la chaîne dans des services débordés, contribuant ainsi à un environnement de soins relationnels plus calme axé sur la patientèle qui est si important pour le bien-être du personnel infirmier et de leur patientèle.

Répercussions à l'extérieur du travail

Les membres du personnel infirmier victimes de surmenage et d'épuisement professionnel en emportent également les effets à la maison avec eux. Ils sont nombreux à avoir des responsabilités familiales. Selon l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2022), 31,4 pour cent des membres du personnel infirmier dans le secteur hospitalier ont des enfants à la maison; 20,5 pour cent ont d'autres responsabilités en matière de soins à part les enfants; et puis il y a la question de leur propre qualité de vie.

Lena est malheureusement consciente que ce qui se passe au travail ne reste pas juste au travail. La douleur, la fatigue et le stress la suivent à la maison et dans sa vie personnelle.

« Tu rentres à la maison à la fin de ton quart de travail et tu es épuisée. Je ne veux pas parler à ma famille. Je veux juste avoir du temps pour moi pour digérer ma journée. Souvent, je suis malade physiquement à cause de mon travail, souffrant de terribles migraines, et je dois prendre des médicaments pour m'aider à dormir parce que parfois tu n'arrives pas à arrêter de penser à toutes les souffrances que tu vois; ça t'affecte vraiment. Je sais que c'est quelque chose que je dois supporter toute seule parce que je ne veux pas que ma famille le voit... Souvent je pars du travail et je rentre à la maison en pleurant. Ou je rentre à la maison et j'ai tellement mal au dos. Je me sens parfois abattue à cause du stress auquel je dois faire face chaque jour, comme les coupures dans les soins de santé et le manque de personnel très fréquent et devoir faire face aux crises existentielles se passent. Ce n'est pas juste les patients, ce sont les familles et c'est de devoir faire face à la dynamique familiale. Souvent, à la fin d'un quart de travail, on n'a pas de soutien. La gestionnaire est partie. Elle travaille de neuf à cinq, de huit à quatre. Ce sont les infirmières qui se retrouvent à devoir gérer les familles. Et je pleure. Je pleure parce que je pense que je pourrais en faire plus mais je n'en ai tout simplement pas la capacité. Et non seulement je pleure en rentrant à la maison, mais je me demande si je pourrai le faire encore une autre journée. »

Kim a dit que ça lui arrive à elle aussi souvent de ne pas être capable de se débarrasser du stress d'une journée difficile lorsqu'elle rentre à la maison auprès de sa famille.

« Certains quarts de travail sont horribles. Quand je rentre à la maison, je me sens juste épuisée et j'ai trois jeunes enfants qui sont super excités de me voir. Je veux être heureuse et présente pour eux aussi, et c'est difficile d'oublier tout ça tout simplement. J'ai eu des quarts de travail vraiment horribles. Comme un où on a perdu un enfant, un bambin est mort. Il n'y a rien de pire que ça. Et d'entendre la famille pleurer parce que leur enfant est mort. Les cris qui retentissent dans un service. C'est juste dévastateur. Ça te frappe droit au cœur; c'est impossible de te préparer à ça. Et tu essaies de soutenir la famille, puis d'autres patients sont en colère et attendent et tu te dis, 'Wow. Un enfant vient de mourir ici et tu es en colère à cause d'un sandwich au saumon?'. C'est difficile d'avoir de la compassion pour des gens quand ils sont fâchés pour une chose aussi futile pendant que tu essaies de soutenir une famille en cette période difficile. Mais tu dois continuer de faire ton travail; tu dois continuer de faire toutes les choses que tu dois faire. Et puis tu rentres à la maison auprès de tes propres enfants et tu te sens coupable. »

Bien que **Katherine** n'ait pas d'enfants qui l'attendent à la maison, elle comprend ce que les jeunes mères avec lesquelles elle travaille vivent.

« Je pense aux jeunes filles avec lesquelles je travaille qui ont de jeunes enfants et elles rentrent à la maison aussi épuisées que moi à huit heures moins le quart le soir et doivent mettre les enfants au lit en rentrant. Elles ont donc manqué le souper; elles ont tout manqué. Parfois elles me disent qu'elles s'endorment dès qu'elles se couchent. Ou elles ne finissent même pas de lire l'histoire; elles s'endorment et les enfants sont encore réveillés. Je me sens triste pour les petits. »

Ellen pense aux détails de la journée après qu'elle ait quitté le travail et elle se sent anxieuse quant à la possibilité d'avoir manqué quelque chose d'important.

« Parfois tu quittes le travail et tu t'éloignes en pensant 'Est-ce que j'ai pensé à faire ça? Est-ce que j'ai fait cela?'. Et tu sais très bien que tu n'as pas fait tout ce que tu devais faire. Mais tu espères que ce n'est pas si dramatique que ça puisse nuire à ton patient. Tu te demandes si tu as tout écrit dans le dossier. Comme bien des choses, tu l'as probablement fait – parce que tu devais le faire à un certain moment – mais as-tu eu le temps de t'asseoir et de l'écrire correctement dans le dossier? »

Après une journée épuisante à l'urgence, **Laura** a dit qu'elle se sent épuisée et qu'elle doute d'elle-même.

« Certains jours, je rentre à la maison et je me sens mal. Ça te frappe définitivement parce que j'ai décidé de devenir infirmière pour aider les gens, pas pour leur nuire. Et quand tu es en sous-effectif et débordée, et que tu ne fais pas tout ce que tu es supposée faire ou tu ne le fais pas en respectant les normes, tu rentres à la maison en sentant que c'est de ta faute… Aujourd'hui c'est ma seule journée de congé de la semaine. Je la passe donc sur le divan. Je ne sors pas visiter ou voir des gens. Je fais juste me reposer et relaxer et faire mes petites affaires. Je m'isole un peu. J'ai deux enfants et ils le ressentent. Avant je ne faisais pas juste restée évacher sur mon divan pendant mes journées de congé. J'avais de l'énergie pour faire autre chose, mais maintenant, après quelques années à travailler, je trouve que je n'arrive pas vraiment à faire grand-chose pendant mes journées de congé parce que je suis tellement épuisée de tout. »

En tant qu'infirmière en médecine chirurgicale très occupée, **Erin** a dit que souvent elle n'a plus d'énergie pour sa famille.

« Je rentre à la maison et parfois je suis trop épuisée pour penser. Mon mari vous le dira… Physiquement, je fais de mon mieux, mais à la maison, je suis trop fatiguée pour entretenir ma maison. On a des parents âgés. On s'occupe d'eux. On a des enfants à la maison… Ce n'est pas juste pour ma famille, mais je n'y arrive pas. Je suis facilement contrariée. J'ai également des amis merveilleux, mais je suis tellement épuisée que je ne peux pas passer beaucoup de temps en dehors de mon propre environnement, à la fin de la journée, pour texter, appeler, et dire réunissons-nous, je n'ai pas la capacité émotionnelle ou l'énergie pour le faire. Je ne peux pas. Et juste penser que quelqu'un pourrait arriver à l'improviste me fait capoter. Je n'ai pas l'énergie pour passer du temps avec mes amis. Je fais juste dormir. Je fais juste me reposer. Je n'ai même pas l'énergie pour lire un livre. Et j'adore lire. »

Lisa occupait un poste d'infirmière en médecine chirurgicale avant de transférer aux chirurgies ambulatoires. Elle a dit qu'elle ne pouvait tout simplement pas gérer les heures et les demandes irréalistes.

« Tu rentres à la maison, tu fais ce que tu as à faire, tu as, avec un peu de chance, une nuit de sommeil décente et tu recommences… À moins de travailler dans les soins infirmiers, sur les étages, à courir pendant douze heures, tu ne peux pas vraiment comprendre l'épuisement et la fatigue mentale à la fin de tout ça également. C'est impossible que je veuille sortir après un quart de douze heures, ça je peux vous le confirmer. »

Jane a dit que le personnel infirmier épuisé avait accès à très peu de soutien. *« Mon employeur dit qu'on a juste à appeler le programme d'aide aux employés. Mais je n'ai pas le temps de le faire. Je passe la moitié de ma vie à cet hôpital et tu t'attends à ce que je passe plus de temps à en parler? Je veux juste oublier et aller de l'avant. Mais, après un quart difficile, souvent j'arrive à peine à me rendre à mon camion que je commence à pleurer. »*

Retention

Pour bon nombre de membres du personnel infirmier, le travail est tout simplement devenu insupportable et quitter leur précieuse profession est la seule option qu'ils puissent envisager. Il y a de nombreuses raisons à leur insatisfaction professionnelle.

Un sondage mené pour la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) (2026) a conclu que : « Plus du tiers des personnes interrogées envisagent de quitter leur emploi actuel ou le milieu des soins infirmiers au cours de la prochaine année… Des niveaux de dotation en personnel insuffisants, comme des ratios infirmier(ère)-patient(e)s inadéquats, étaient classés comme étant le facteur principal dont les personnes interrogées tenaient compte lorsqu'elles quittent un emploi. »

Un sondage Nanos mené pour le CSHO-SCFP a conclu que parmi les travailleur(euse)s de la santé interrogé(e)s, dont bon nombre étaient des infirmier(ère)s, 43 pour cent envisageaient ou envisageaient en quelque sorte de quitter leur emploi actuel au cours de la prochaine année. « Les personnes qui envisagent ou envisagent en quelque sorte de quitter leur emploi ont mentionné que leur travail était stressant/difficile (19 pour cent) et que le manque de personnel/le manque d'aide (19 pour cent) sont les principales raisons » (Nanos, 2023).

Parallèlement, WeRPN a conclu que « 43 pour cent des IAA interrogé(e)s ont l'intention de quitter la profession ou envisagent de le faire… Trente-deux pour cent prévoient quitter d'ici un an ou deux » (Registered Practical Nurses Association of Ontario, 2026).

Mary a dit qu'elle a commencé à envisager de prendre une retraite anticipée en raison des demandes déraisonnables de plus en plus grandes de son travail.*« C'est très frustrant. Je ne veux pas quitter parce que j'adore mon travail, mais à un stade plus avancé dans la vie, j'ai commencé à penser à la retraite à cause de tous les changements qui se sont produits. Et jamais j'aurais pensé être du genre à dire ça, malheureusement. »* Selon Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (FCSII) (2023), « Le personnel infirmier porte le fardeau d'un système de soins de santé en situation de surcapacité, et au sein duquel les heures supplémentaires sont devenues la solution de fortune aux pénuries systémiques de personnel. En l'absence de personnel pour remplacer les infirmières à la fin de leurs quarts de travail, ces dernières doivent faire des heures de plus en plus longues. C'est dangereux pour le personnel infirmier, et c'est carrément dangereux pour les patients. » Silas précise qu'une très grande majorité d'infirmières et d'infirmiers mentionnent les charges de travail élevées et les niveaux insuffisants de dotation comme principales raisons les incitant à quitter leur emploi ou même la profession. Plus de 75 % des infirmières mentionnent que leur milieu de travail est régulièrement en situation de surcapacité, ce qui illustre bien que le problème soit généralisé.

Sumaia n'imagine pas continuer ainsi alors que les conditions ont tellement changé que sa charge de travail est insoutenable. *« Mais quand je dis à mes amis et à ma famille que je ne veux plus vraiment être infirmière, ils sont étonnés parce que j'ai toujours dit que c'était ma vocation. »* Elle a expliqué que la charge de travail et les responsabilités extrêmement stressantes ont joué un rôle dans son désir de quitter les soins infirmiers.

« Récemment, les hôpitaux nous ajoutent beaucoup de

tâches à faire. Une de mes collègues a en fait examiné toutes les politiques et procédures qu'on est censées faire au cours d'un quart de douze heures pour quatre dyades et calculé que ça représente environ quinze heures de travail – du travail qu'on est censées faire en douze heures. Et on s'attend à ce qu'on prenne une pause. Et ils nous ajoutent maintenant plus de tâches. Ils veulent maintenant qu'on fasse les analyses de sang des bébés… Je pense que ça fait partie des raisons pour lesquelles je ne veux plus faire ça. J'ai l'impression de ne jamais en donner assez. Je rentre toujours à la maison en me demandant 'Est-ce que j'en ai fait assez? Est-ce que mes notes sont assez détaillées? Est-ce que j'ai donné tout ce que j'ai à tout le monde?'. Ce qui est impossible quand tu as jusqu'à cinq mères et cinq bébés. C'est impossible de prendre soin d'eux adéquatement comme ça. Pour cinq familles. Je sais que la Colombie-Britannique dispose maintenant de règlements. Leur ratio est de trois dyades par infirmière. Je ne comprends pas pourquoi il y a une si grande différence entre les deux provinces. Je vois beaucoup de cas de réadmission maintenant pour des bébés ayant perdu énormément de poids ou des problèmes d'allaitement. Tout ça aurait pu être réglé lors de la première hospitalisation. »

En tant que mère ayant de jeunes enfants, elle croit que quitter la profession et se lancer dans une autre carrière serait dans son propre intérêt et celui de sa famille.

« Je ne veux plus être infirmière. Avant, j'étais tellement excitée d'aller travailler et c'est plus le cas. C'est décourageant pour moi. Mon mari le sait quand j'ai quelques quarts de travail qui approchent. Je commence à devenir anxieuse. Je ne laisse pas la situation affecter mes enfants, ou j'essaie que ça ne les affecte pas, parce que je veux être leur mère. C'est ma principale priorité dans la vie… Je suis encore jeune mais je suis une des plus vieilles infirmières à mon lieu de travail, c'est donc un peu épeurant quand tu y penses, parce c'est toute une génération qui m'a précédée qui a déjà quitté les soins de chevet. Et maintenant ma génération veut aussi quitter. Ça laisse donc juste beaucoup de nouveau personnel jeune. Même les jeunes s'épuisent assez rapidement. Je suis presque toujours celle ayant le plus d'expérience. Ils sont tout simplement incapables de garder du personnel. »

Zahra a parlé de la fréquence à laquelle elle et ses collègues parlent de démissionner. Les conversations étaient souvent légères, mais derrière l'humour il y avait un sentiment de frustration et de résignation.

« On n'a pas vraiment beaucoup d'options. Tu as des enfants qui vont à l'école; tu as une hypothèque à payer. Donc, on achète en fait un billet de loterie en groupe où le prix est de soixante-dix millions de dollars, donc peut-être qu'on n'aura pas à rentrer au travail demain…

J'ai une collègue qui, à l'origine, avait prévu rester jusqu'à la fin de l'année. Après un incident, où on l'a affectée à un nombre non sécuritaire de patients selon elle, et après une série de quarts de travail où son volume de patients était difficile à gérer, elle s'est effondrée. Elle a décidé de prendre une retraite anticipée. Elle m'a dit que pour quelques dollars de plus à la retraite, ça ne valait pas la peine qu'elle reste pour sa santé mentale.

Erin est très claire quant aux raisons que tant d'infirmier(ère) s quittent leur emploi dans les hôpitaux publics.

« Je ne peux pas toujours contrôler ça, mais ça me dérange quand je ne peux pas me rendre au chevet de mes patients et leur donner ce dont ils ont besoin au moment où ils en ont besoin. Les infirmières sont frustrées et en ont assez et elles passent à autre chose. Elles sont nombreuses à quitter… Les soins infirmiers en milieu hospitalier sont tellement stressants. On va continuer de perdre des infirmières. Si on avait une meilleure dotation en personnel, je pense qu'elles resteraient. Je pense qu'elles resteraient si elles savaient qu'elles auraient du soutien adéquat parce qu'alors les infirmières n'auraient pas à craindre de faire une erreur. »

Lisa comprend également pourquoi tant de membres du personnel infirmier choisissent de démissionner.

« Je pense que les gens en ont tout simplement assez. Ils ne veulent pas travailler; l'argent ne suffit pas. Je veux dire, on n'est pas irréalistes. On sait qu'il y aura des journées plus difficiles que d'autres, mais que ce soit la norme maintenant c'est ça qui épuise les gens… Je pense que les soins de santé sont en crise, l'atmosphère et le moral dans les unités ça ne va pas, et ce sera une longue carrière pour les personnes qui commencent à peine si les choses ne changent pas. C'est censé être stimulant; tu es censé aimer ton travail, pas stresser à penser à rentrer travailler. Bien des gens demandent, 'Pourquoi j'ai choisi ça? Qu'est-ce que je fais dans ce travail?'. »

La recherche lie constamment les départs anticipés aux mauvaises conditions de travail. Les données de Statistique Canada (2023) montrent que parmi les infirmier(ère)s qui envisagent de quitter leur emploi, plus de la moitié (55 pour cent) font état de l'épuisement professionnel ou du stress lié au travail.

Andy a rapporté qu'il y a énormément de roulement de personnel maintenant à l'hôpital. Des membres du personnel plus âgés quittent la profession ou laissent des emplois à temps plein pour des emplois à temps partiel ou occasionnels. La même chose se passe avec le personnel infirmier à temps plein plus jeune. Dans certains cas, ils quittent tout simplement la profession.

« Ils sont épuisés; ils se sentent impuissants et ils ne peuvent plus gérer la charge de travail, donc ils doivent passer à autre chose pour leur propre santé. Et nos retraités qui quittent ne veulent pas revenir lorsqu'ils ont l'occasion de revenir en tant qu'employés occasionnels. C'est trop dangereux. C'est trop malsain. Et je comprends leur point de vue. Je ne reviendrais pas moi non plus. Souvent, en plein quart de travail, je suis allé dans la cage d'escalier et j'avais juste besoin de tout laisser sortir, et j'ai souvent pensé à quitter. C'est très difficile parce que j'adore prendre soin des gens et je sais que c'est ma vocation. Alors je vais juste continuer à avancer parce que c'est ce que je dois faire. »

Ellen a dit que de nombreux membres du personnel infirmier quittent pour leur propre protection.*« Ils disent, 'Je ne peux plus continuer parce que ça va me tuer.'. »* Mais, malgré les difficultés, elle a choisi de continuer à travailler. *« Pour l'instant, je reste parce que je pense que j'ai encore quelque chose à apporter. »*

Lena a de la difficulté. Elle sent parfois qu'elle ferait mieux de quitter les soins infirmiers mais que c'est une profession où on a grandement besoin d'elle, et d'autres comme elle.

« C'est facile de se désensibiliser quand tu travailles dans un environnement où tu n'as pas de soutien. Il est parfois plus facile d'abandonner que de continuer à lutter contre un système brisé. J'ai en fait déjà pensé que c'était trop de responsabilités. Ce travail exige trop d'une personne… J'y pense constamment. Mais je continue d' exercer ce métier parce que je veux aider. Je le fais parce qu'il y a une volonté d'aider les autres et je veux faire une différence. Et j'espère que quand je serai malade, il y aura quelqu'un pour m'aider. Je m'inquiète qu'il n'y aura personne et c'est pourquoi il est si important que la population sache qu'il y a une crise en ce moment et le gouvernement doit faire quelque chose. Je pense que l'avenir est sombre. Je pense que vous verrez plusieurs infirmières quitter la profession parce qu'elles ne se sentent pas écoutées et soutenues. Je pense que sans plus d'aide, ce système brisé va juste continuer à s'effondrer. Tout retombe sur le dos des infirmières et, très vite, je pense qu'on verra plus d'infirmières prendre une retraite anticipée et se chercher un travail dans un autre métier… Je vois mes collègues pleurer ouvertement pendant leurs quarts de travail. Je les entends dire, 'J'en peux plus. Je veux démissionner.'. Je l'entends tout le temps. Je vois les tensions quand il manque de personnel. C'est difficile de donner tous les soins nécessaires – on doit nourrir, laver, médicamenter, coordonner. On doit porter tous ces chapeaux et chacune de nous a juste deux bras et deux jambes. Je vois des gens prendre leur retraite plus rapidement que par



les années passées et je pense que c'est à cause de tous les changements dans le système de soins de santé et de toutes les coupures. Une collègue dans la cinquantaine vient tout juste de prendre sa retraite – elle en avait assez. Elle ne pouvait plus donner des soins infirmiers de chevet. C'est beaucoup plus jeune que ce que j'avais l'habitude de voir. Et je vois des infirmières plus jeunes quitter les soins infirmiers de chevet en masse. »

Des chercheur(euse)s ont examiné les raisons pour lesquelles le personnel infirmier quitte en interrogeant du personnel infirmier travaillant dans des hôpitaux de soins actifs en Ontario (Nowrouzi-Kia et Fox, 2020). Sans surprise, ils ont conclu que « Les infirmier(ère)s ayant rapporté une plus grande satisfaction au travail, des relations interprofessionnelles flexibles et la disponibilité des ressources étaient moins susceptibles d'exprimer une intention de quitter leur emploi à l'hôpital. »

Katherine a dit qu'elle croit être *« la dernière infirmière qui travaille ici depuis longtemps. Tout le monde a pris une retraite anticipée; elles ont abandonné et sont parties. Plusieurs sont parties pendant la COVID. Et lorsque le nouveau système logiciel est arrivé, elles ont dit 'Je ne vivrai pas ça encore une fois; je démissionne.'. »* Elle blâme principalement la lourde charge de travail.

Andy a décrit les conditions de travail qui affectent profondément le niveau de satisfaction au travail du personnel infirmier et cela explique pourquoi certaines personnes quittent. *« La culture s'est détériorée. Tous mes collègues infirmiers et infirmières plus expérimentés sont partis et ont trouvé un autre emploi qui est plus sain en quelque sorte… tout ce qu'il nous reste à faire c'est de regarder le système s'effondrer inévitablement. »*

Une mauvaise santé mentale découlant du surmenage, du stress et du manque de respect contribue à l'intention de quitter (Brophy et al., 2024).

Laura a dit à quel point le travail est devenu insatisfaisant et à quel point le manque de compréhension de la part de la population et de la gestionnaire rend la charge de travail plus difficile à tolérer.

« Je pense que les infirmières quittent parce que le travail et la carrière en soi sont devenus juste un peu ingrats et, dans l'ensemble, souvent, si ce ne sont pas les patients qui nous crient après, ça peut être des membres des familles qui sont perturbés et en colère par rapport aux soins que leurs proches reçoivent. Et puis c'est la gestionnaire aussi qui peut nous crier après en nous disant de travailler plus fort et d'en faire plus, mais on ne peut pas en donner plus. On fait de notre mieux… J'aimerais vraiment que la population comprenne à quel point les choses vont mal dans les soins infirmiers en ce moment. En fait, la population

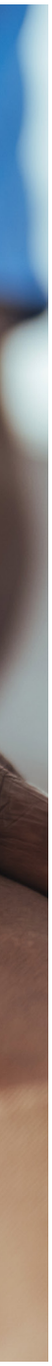
le comprendrait si elle passait un peu de temps à l'urgence ou aux côtés d'une infirmière sur un étage ayant six patients à sa charge pendant un quart de travail de jour en pleine semaine. »

Claudette a vu un exode de ses collègues de travail qui souhaitent avoir des conditions de travail plus gérables. D'autres décident d'occuper des emplois à temps partiel ou se dirigent vers d'autres emplois où il y a plus de flexibilité. Elle a dit ceci : *« J'ai une collègue avec qui j'ai travaillé qui a quitté et travaille en assurance. »* Elle a elle-même décidé de quitter.

« Parce que ça m'a tellement épuisée, j'ai en réalité fait des plans pour quitter mon travail. Je suis retournée aux études. Je vais faire quelque chose où la pression est moins grande. Je suis de plus en plus inquiète au sujet de mon permis d'exercice et de ma sécurité. Quand j'étais beaucoup plus jeune, j'étais capable d'au moins essayer de suivre le rythme, mais je suis plus vieille et je n'y arrive plus physiquement. Je suis épuisée. Je n'ai pas une bonne qualité de vie parce que je suis tellement fatiguée et, pendant mes deux journées de congé, je passe une journée et demie à dormir et à essayer de récupérer mais c'est impossible. Puis après mes trois autres quarts de travail de suite, je me retrouve dans le même état. C'est difficile psychologiquement. Et je sais que je serais restée plus longtemps



dans les soins de santé si les choses n'avaient pas été ainsi. J'ai dû faire un choix pour ma santé physique et ma santé mentale et peser les pour et les contre de rester. Il y a de telles répercussions à l'incapacité de satisfaire aux demandes qui sont littéralement impossibles à satisfaire maintenant. Je risque d'être considérée comme étant responsable. J'ai donc dû faire un choix. J'ai décidé de tout simplement quitter les soins infirmiers, bien que ce soit quelque chose que j'adore. »



Jane, une infirmière en médecine chirurgicale, est profondément engagée à offrir des soins axés sur la patientèle mais affirme que maintenant, avec les niveaux de dotation en personnel de beaucoup inférieurs à ce qui est nécessaire, elle se demande si elle peut continuer de travailler en tant qu'infirmière puisque les demandes qu'on lui fait font en sorte qu'elle est stressée, épuisée et préoccupée par la façon dont sa famille est affectée.

« J'ai une jeune famille à la maison. Je ne peux plus rentrer à la maison épuisée parce qu'après je ne peux pas être une bonne mère. Et ça me tue parce que je renonce à une carrière que j'adore vraiment et j'y ai laissé ma vie et mon cœur jour après jour, mais je dois penser à moi et à ma famille. Je me questionne vraiment sur ce qui se passe dans ma vie et je me demande si je me sentirai comblée si je change de travail. Mais est-ce qu'un travail qui me comble mais m'épuise en vaut la peine? J'ai décidé que, au rythme où vont les choses, ça ne vaut vraiment pas la peine pour moi. »

Des données au sujet de la main-d'œuvre de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) révèlent une tendance inquiétante – une proportion de plus en plus grande d'infirmier(ère)s plus jeunes quittent la profession. En 2023, pour chaque tranche de 100 infirmier(ère)s de moins de 35 ans ayant un permis de pratique, environ 38 ont fini par quitter. En Ontario, le nombre de jeunes infirmier(ère)s qui quittent la profession a augmenté de 68 pour cent au cours des dix dernières années (Faubert, 2025).

Karla se rappelle que lorsqu'elle a commencé ses études en soins infirmiers, elle a discuté avec une femme qui travaillait au Costco. Lorsqu'elle a appris qu'elle étudiait pour devenir infirmière, elle lui a dit, *« 'Ne fais pas ça. J'étais infirmière, mais j'ai démissionné et maintenant je travaille ici.'. Je ne sais pas si je vais tenir longtemps dans ce métier non plus. »*

Kim est très consciente du problème de rétention où elle travaille. Elle le voit parmi les jeunes diplômé(e)s et même les étudiant(e)s qui font leur stage à l'hôpital.

« Ce qui est inquiétant c'est qu'on a de nouvelles diplômées qui sont absolument misérables... Je pense qu'elles sont débordées et je pense honnêtement que c'est tellement triste qu'une personne si jeune et nouvelle dans sa nouvelle carrière est déjà misérable à ce point. Elles se sentent dépassées. Elles sont en colère. Elles ne se sentent pas respectées. Elles travaillent pendant leurs pauses. Elles sentent qu'on profite d'elles. Elles se sentent sous-payées pour leur travail et la responsabilité qu'elles ont. Et elles veulent changer de carrière, ce qui est triste. Quelques-unes qui sont parties sont devenues employées de bureau. Elles ont quitté le domaine des soins infirmiers parce qu'elles ne pouvaient plus gérer leur charge de travail. Elles étaient émotives et pleuraient à chaudes larmes à l'accueil presque chaque jour. Et il y a des gens qui ont quitté l'hôpital. Tu les vois travailler pour la santé publique ou quelque chose du genre; elles ont complètement quitté le domaine des soins infirmiers de soins aigus. Certaines étudiantes en soins infirmiers ne veulent même pas terminer leurs études; elles veulent quitter. Je l'entends d'étudiantes en soins infirmiers qui travaillent sur des unités. Elles veulent déjà faire un changement de carrière. C'est un problème très urgent qui doit être réglé. On a besoin d'un financement adéquat pour accroître le ratio infirmière-patients pour que la charge de travail soit gérable. Alors les gens resteront dans la profession, et les étudiantes termineront leurs études. »



Résilience

On ne peut pas s'attendre à ce que les travailleur(euse) s réagissent au manque de personnel, au surmenage, au stress, au manque de respect ou à la violence en devenant plus « résilients » comme le suggéreraient de nombreux employeurs. Ils ne peuvent pas régler les problèmes eux-mêmes non plus en assumant plus de responsabilités personnelles. Dans un article intitulé *Burnout or Exploitation? Resiliency is Not the Solution* (Épuisement professionnel ou exploitation? La résilience n'est pas la solution), Anna Varda (2024) écrit :

En substance, cette approche envoie un message que c'est la faute d'un(e)infirmier(ère) en particulier s'il(si elle) souffre de problèmes de santé physique et mentale et vit de l'épuisement professionnel, plutôt que des facteurs organisationnels clairement identifiés dans la recherche. C'est une forme de manipulation qui contribue aux préjudices que subit constamment le personnel infirmier.

Comme **Lena**, qui travaille en soins palliatifs, l'a dit, *« On ne se sent pas soutenus. On travaille en sous-effectif et ils ne le voient pas. On travaille avec moins, en en faisant plus maintenant, et ça nous épuise. »*

Sarah Butler (2025), une chercheuse du Royaume-Uni, a étudié les causes et les solutions au stress et à l'épuisement professionnel que vit le personnel infirmier. En ce qui concerne la nécessité de faire preuve de plus de résilience, elle affirme qu'il ne s'agit pas simplement pour un(e) infirmier(e) d'en assumer la responsabilité individuelle, mais plutôt que « favoriser le bien-être du personnel infirmier exige que l'on soutienne la résilience par l'entremise de réformes structurelles, d'environnements de travail favorables et d'accès aux ressources en santé mentale ».

Dans un article qui a été publié dans *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse*, les chercheurs Christianson et al. (2025) formulent également des critiques au sujet de l'objectif individuel qui est d'accroître la résilience du personnel infirmier. Ils critiquent « la formation sur la résilience comme étant une méthode qui consiste à individualiser un problème systémique en problématisant une réponse à l'exposition du stress chronique. Une formation sur la résilience peut en outre servir de mécanisme qui permet la subversion de la responsabilité institutionnelle pour le bien-être du personnel infirmier au travail ». Ils affirment que pour vraiment s'attaquer à l'épuisement professionnel et promouvoir un changement durable, il est essentiel de reconnaître que ce n'est pas un problème individuel, mais plutôt un problème systémique qui nécessite une approche multidimensionnelle.

Il est facile de voir pourquoi une meilleure résilience personnelle ne règlerait pas le problème de manque de personnel chronique. **Lisa** décrit comment les pénuries de personnel infirmier à son hôpital rendraient la formation sur la résilience presque futile.

« Le personnel est épuisé. Les unités ressemblent à une catastrophe plus que jamais auparavant. C'est toujours le chaos lorsque je monte

sur les étages. Les infirmières font des quarts de travail de treize heures. Aucun des étages fonctionne vraiment avec du personnel régulier très souvent, c'est habituellement en sous-effectif. On a une unité en ce moment où ils ont dit être en sous-effectif depuis plusieurs jours d'affilés et ils s'occupaient chacun de dix patients. Ils avaient des PSSP à l'étage, qui aidaient avec une partie des soins, mais les infirmières faisaient les transfusions sanguines… les pansements, les traitements, les patient combatifs, les patients en sevrage, et ils n'avaient pas de pause. Elles croient que la norme de soins qu'elles sont capables de donner est compromise et elles sont juste épuisées. »

Lena a éclaté en sanglots en disant à quel point son corps et son esprit sont affectés par les conditions de travail impossibles.

« Juste le fait d'en parler maintenant me fait pleurer parce que vous ne réalisez pas à quel point ça t'affecte jusqu'à ce que tu l'aies fait pendant des années et que ton corps et ta santé mentale, physique et émotionnelle soient affectés. J'ai une lésion à un nerf dans mon bras après des années à fournir des soins physiques à mes patients et à les lever et c'est difficile. C'est difficile pour le corps, c'est difficile pour l'esprit, c'est difficile pour le cœur. »

POURQUOI DES RATIOS INFIRMIER(ÈRE)-PATIENT(E)S MINIMUMS SONT NÉCESSAIRES

L'importance des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums pour la patientèle et le personnel infirmier a été largement démontrée (Brophy et Keith, 2025). La mise en œuvre de niveaux de dotation en personnel infirmier sécuritaires au Canada a déjà débuté. Des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont enchâssés dans une loi en Colombie-Britannique. La Nouvelle-Écosse a un système en place qui assure une dotation en personnel infirmier sécuritaire négociée dans le cadre de la négociation collective. Le Manitoba a récemment annoncé qu'il amorçait le processus qui consiste à établir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums.

Non seulement les avantages des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums sont bien documentés – leur nécessité l'est également. Lasater et al. (2025) ont mené une étude préliminaire en Colombie-Britannique dès l'entrée en vigueur des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums. L'étude a conclu que :



Un nombre plus élevé de patient(e)s par infirmier(ère) était associé à des taux de mortalité et de réadmission à l'hôpital plus élevés, des résultats professionnels moins favorables pour le personnel infirmier, plus d'événements indésirables pour la patientèle, des évaluations de la qualité des soins et de la sécurité de la patientèle moins favorables, plus de soins infirmiers qui n'ont pas été donnés et de moins bonnes évaluations quant à une dotation en personnel et une gestion adéquates.

En Colombie-Britannique, les ratios sont mis en œuvre par phases. Ce n'est que le commencement d'un plan à plus long terme. « Le ministère de la santé et le BCNU (Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique) travaillent avec les autorités de la santé à mettre en œuvre la première phase des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums. Le travail se poursuit pour établir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums pour les autres établissements hospitaliers et les établissements non-hospitaliers, comme les établissements de soins de longue durée et les établissements communautaires des autorités de la santé » (BC Nurses' Union, 2026). Le tableau de cette page montre les phases 1 et 2.

Mise en œuvre des ratios	
Phase 1	
MILIEU	**RATIO**
Malades hosp. médecine/chirurgie	1:4 24 h/24, 7 j/7
Réadaptation	1:5 Jour/Soir 1:7 Nuit
Soins palliatifs	1:3
Soins ciblés (spéciaux)	1:3
Soins aigus/de transition	1:2
Soins intensifs	1:1
Soins méd./chir. pédiatriques	1:4
Soins pédiatriques ciblés	1:3
USI pédiatriques	1:1
Unités pédiatriques soins aigus	1:2
Phase 2	
MILIEU	**RATIO**
USIN	1:1 à 1:3
USPA	2:1 à 1:2
Maternité – Antepartum	1:3
Maternité – Travail/accouchement	1:1 travail actif; 2:1 accouchement
Maternité – Post-partum	1:3 dyade; 1:4 parent seulement
Unité nouveau-nés	1:3
Bloc opératoire	2,5:1
Niveau de soins alternatif	1:7
Urgence générale	1:3
Obs. courte durée	1:4
Séjour méd./chir. court	1:4
Trauma	1:1
Soins critiques	1:1
Soins accélérés	1:4
Attente/Triage	Visites/an

Image 3 : Ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums en Colombie-Britannique

Laura a affirmé que le simple ajout de deux infirmier(ère)s par quart de travail à l'urgence entraînerait des améliorations majeures.

« Les soins infirmiers affectent directement les soins aux patients et les patients sont ceux qui souffrent en ce moment. Le ratio personnel-patient(e)s serait amélioré, ce qui signifie que les soins aux patients seraient

meilleurs, ce qui signifie que les tâches seraient faites à temps, que les médicaments seraient administrés à temps, qu'il y aurait moins d'erreurs médicales, que les pansements des gens seraient changés selon les demandes des médecins. Des pansements qui ne sont pas changés adéquatement peuvent faire en sorte que des blessures s'infectent. »

Lena a mentionné à quel point ils sont en sous-effectif en ce moment à l'unité des soins palliatifs et elle a souligné quelques-uns des avantages qu'un nombre adéquat d'infirmier(ère)s aurait à l'étage.

« Notre ratio infirmière-patients est de cinq patients pour une infirmière; c'est la norme. Mais assez souvent on est en sous-effectif, donc habituellement c'est six. À mon hôpital, aucun PSSP nous est affecté sur une base régulière, donc souvent on n'a pas d'aide supplémentaire. Il y a parfois des externes qui sont embauchés par l'hôpital à un salaire moins élevé et il y a les infirmières étudiantes qui aident, mais c'est occasionnel, pas régulier... C'est vraiment difficile pour nous d'être en sous-effectif... Avoir suffisamment d'infirmières aiderait vraiment avec l'administration des médicaments et il y aurait plus de temps pour les traitements cliniques, plus de temps pour faire les choses nécessaires pour assurer la sécurité des patients et s'assurer qu'ils sont en santé. Leurs pansements seraient changés. Ils seraient replacés plus souvent pour prévenir les plaies de pression, idéalement toutes les deux heures. Il est impossible de faire tous les traitements et toutes les tâches qu'on doit faire si on manque de personnel. C'est tellement important pour les résultats pour les patients qu'on puisse prendre soin d'eux adéquatement – qu'ils reçoivent les soins qu'ils méritent... Et de meilleurs ratios infirmière-patients aideraient tellement avec le moral du personnel. Avant, j'aimais aller travailler. Et j'adore mon travail, je l'aime encore, mais souvent c'est juste épuisant physiquement et mentalement de faire le travail de deux personnes et les attentes que nos gestionnaires et nos hôpitaux imposent aux infirmières sont tout simplement dévastatrices pour notre moral parce qu'on ne peut pas répondre à toutes les demandes. On fait de notre mieux et ce serait extrêmement utile d'avoir suffisamment d'infirmières... Je me sens coupable parfois de parler aux familles pendant plus de cinq minutes parce qu'on a besoin de moi ailleurs. Je suis tiraillée de tous côtés et ça me rend triste... Je pense qu'on doit sonner l'alarme – on doit embaucher plus d'infirmières. On doit retenir plus d'infirmières. On doit ouvrir plus de postes avec des ratios infirmière-patients sécuritaires. C'est la seule façon. On ne peut pas continuer de subir des coupures sur les lignes de front. C'est injuste et ça ne va pas tenir. On ne peut pas continuer de faire le travail de dix personnes, tout le travail supplémentaire qu'ils continuent d'ajouter aux infirmières, au personnel de première ligne, qui administrent les médicaments, font les traitements, donnent du soutien aux familles et aux patients. La dotation en personnel doit être effectuée de manière appropriée. Et financer des PSSP pour aider vos infirmières avec les soins afin qu'on puisse assurer une administration plus sécuritaire des médicaments et éviter les chutes. Tout ça va ensemble. Tout se résume par l'embauche de gens pour offrir des soins. C'est ce que nous méritons et ce que la population mérite – ce que votre mère, votre père, votre grand-mère mérite. »

La plupart des gens préconisent la mise en œuvre de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums enchâssés dans une loi à l'échelle provinciale, ce qui aiderait à offrir des protections structurelles au personnel infirmier et à la patientèle. Cela permettrait probablement d'endiguer l'exode du personnel infirmier du système public. Et cela compenserait pour certains des aspects les plus négatifs des réductions des coûts faites par les gestionnaires. Bien que les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums ne corrigeraient pas tout ce qui va mal en ce moment, ils amélioreraient significativement les conditions.

Andy a affirmé qu'avoir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums en place changerait complètement son attitude quand il rentre travailler et cela éliminerait bon nombre des

facteurs de stress, lui permettant d'offrir les soins dont ses patient(e)s ont besoin et qu'ils méritent.

« Si je savais que sur chaque quart de travail je n'aurais pas un ratio un pour six ou un pour huit ou un pour dix pendant les quarts de nuit, je serais excité de rentrer au travail. Je conserverais ma santé mentale. Je veux retourner à l'époque où j'adorais aller travailler. Je saurais que je ne serais pas stressé dès mon arrivée. Et je pourrais me concentrer sur mon travail. Les gens auraient le temps d'assurer leur formation mutuelle, voudraient en faire plus. Je pourrais me concentrer sur mes patients… Ça donnerait définitivement un sentiment de confiance aux familles. Je ne veux pas qu'ils s'inquiètent toujours de leur proche qui se trouve dans le système public. Je ne veux pas qu'ils aient à penser qu'ils doivent venir chaque jour juste pour s'assurer que l'état de santé de leur proche ne s'est pas aggravé. Avec des ratios infirmière-patients minimums, les patients auraient droit aux meilleurs soins. Moi et le reste du personnel ne serions pas épuisés au point d'être incapables d'offrir les soins adéquats. Et ça me permettrait de prendre soin de moi en même temps. »

Karla croit que le fait d'avoir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums aiderait le personnel infirmier mentalement et physiquement.

« Si on pouvait offrir de meilleurs soins sans se sentir dépassés par un nombre excessif de patients, je pense que ça entraînerait une plus grande satisfaction au travail. Lorsque les infirmières s'occupent de seulement quatre patients aigus, ce qui est gérable, au lieu de huit, elles risquent davantage de sentir que leur travail fait une différence. Si tu avais l'impression de pouvoir en fait en faire au-delà du strict minimum, tu ne rentrerais pas à la maison en te disant, 'Eh bien, au moins personne n'est mort et c'est le mieux qu'on puisse espérer'… Et avec plus d'infirmières, il y aurait plus de temps pour sentir que tu as créé un lien avec le patient peut-être un peu plus et je pense que ton patient et sa famille risquent d'être plus reconnaissants plutôt que de te sacrer après pour tout ce qu'ils n'ont pas eu. »

Sumaia, qui a décidé qu'elle doit quitter la profession pour son bien à elle et celui de sa famille, envisagerait la possibilité de rester si l'Ontario mettait en œuvre des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums.

« Ça ferait une énorme différence. Je travaille pour deux hôpitaux. Un hôpital a décidé de faire les trois dyades et de suivre les traces de la Colombie-Britannique en quelque sorte, et le moral du personnel y est incroyable. En général, je crois qu'il y a beaucoup plus de soutien parce que si une infirmière se voit affecter une charge de travail plus lourde juste par accident, il y a toujours du personnel pour t'aider. Tandis qu'à mon autre établissement, ça ne fonctionne pas comme ça, et tout le personnel est tellement épuisé. »

Erin croit que le fait d'avoir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums en place réglerait bon nombre des problèmes qu'elle rencontre et serait une bénédiction pour les soins et le confort de la patientèle.

« Habituellement j'ai un ratio de cinq pour une. Si on est en sous-effectif, ça se peut que je monte à six pour une. Lundi, c'était huit pour une. Je dois compartimenter. Tu reviens insensible. Et c'est ainsi que ça devient. Tu ne fais plus preuve d'empathie. Je fonctionne comme un robot depuis des années. Je pense que c'est devenu ainsi avec la COVID, tu deviens juste insensible. Ok, c'est mon travail et je dois le faire. C'est mon devoir. Ce sont mes patients. C'est ce qui se passe partout sur l'étage. Ok, c'est ma tâche maintenant, puis je passe au prochain, et au prochain et je m'assure que tout le monde va bien… Si on avait des ratios infirmière-patients adéquats, on donnerait des soins de qualité. Comment recevoir des soins adéquats maintenant? Si j'avais eu seulement trois ou quatre patients, peut-être que j'aurais pu faire prendre une marche à mes patients. J'aurais pu m'assurer qu'ils aient été tournés et positionnés en suivant une routine. Je suivrais de près leur gestion de la douleur sans qu'ils aient à m'appeler et que j'aie à leur dire, 'Je reviens tout de suite.', puis me retrouver ailleurs

et puis, oh mince, je ne lui ai pas donné son médicament pour gérer sa douleur. »

Jane croit que le fait d'avoir des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums aiderait à retenir le personnel infirmier qui occupe présentement un emploi et encouragerait le personnel infirmier retraité à revenir. Voici ce qu'elle a dit : *« Je pense qu'avoir un ratio infirmière-patients obligatoire, où un ratio une pour quatre fait partie d'un texte de loi ou d'une disposition législative, va ramener des gens parmi la main-d'œuvre active parce qu'ils pourront revenir à ce qu'étaient les soins infirmiers auparavant. »*

Lorsqu'on lui a demandé si elle resterait si les ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums étaient obligatoires, **Claudette**, qui est sur le point de quitter, a affirmé qu'elle considérerait définitivement la question.

« Le manque de personnel est ce qui m'incite à vouloir quitter. Je vois les choses devenir tout simplement hors de contrôle et physiquement je n'en peux plus et je ne peux plus assurer la sécurité des gens. Je préfère partir que de causer des préjudices à quelqu'un… Quand j'ai commencé il y a de nombreuses années, quatre était le ratio habituel. Il y avait un consensus général sur le fait que c'était gérable. Ça assurait la sécurité de tout le monde. Puis ça a commencé à passer à cinq. Puis ça a commencé à passer à six et à sept. Et on ne tient pas compte de la population et de la dynamique des soins de santé. Les gens sont de plus en plus malades. Ils n'en tiennent pas compte dans la gestion des soins de santé. Des données montrent que les comorbidités sont élevées et que ça nécessite plus de travail. »

UN REGARD VERS L'AVENIR

Le Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (FAO) (2025) peint un portrait peu reluisant pour l'avenir.

- De façon générale, le BRF estime que les dépenses du secteur de la santé devraient augmenter selon un taux annuel moyen de 4,0 % au cours des trois prochaines années pour maintenir les niveaux de service actuels.
- Le plan de dépenses du budget de 2025 est inférieur à la projection des déterminants de coûts du BRF, la différence s'établissant à 3,4 milliards de dollars en 2025-2026, à 6,4 milliards de dollars en 2026-2027 et à 9,6 milliards de dollars en 2027-2028. Cela signifie que la province devra mettre en place des moyens susceptibles d'apporter des gains d'efficacité (c.-à-d., fournir les mêmes niveaux de service avec moins de ressources) et/ou attribuer des financements supplémentaires au secteur de la santé afin de maintenir les niveaux de service de 2024-2025.

Cela ne peut signifier qu'une continuation ou une aggravation des conditions pour le personnel infirmier ainsi que des conséquences désastreuses pour les soins de santé eux-mêmes. La suggestion d'avoir besoin de plus « d'efficiences » si le financement n'est pas augmenté est terrifiante. Cela met de l'avant l'essence-même de l'approche du gestionnariat basée sur l'austérité qui a tellement nui au système de soins de santé universellement accessible auquel nous sommes tant attachés.

Les projections du BRF confirment les préoccupations du personnel infirmier. Bon nombre des personnes interrogées ont discuté de leurs craintes au sujet de l'avenir des soins de santé en Ontario et en quoi cela pourrait les affecter elles et les membres de leurs familles advenant le cas où elles auraient besoin de soins en milieu hospitalier.

Andya affirmé que même aujourd'hui, il craint que si un proche était admis à l'hôpital, il ne reçoive pas les soins appropriés.

« Je fais preuve d'une très grande prudence quand je suis au chevet d'un patient et lorsque je parle aux membres de la famille – ils vivent une grande nervosité par rapport à ce qui se passe, même chose pour nous les membres du personnel. Je sais que je ne veux pas que ma mère ou mon père tombe malade ou que mon grand-parent tombe malade et doive aller à cet hôpital parce que je ne sais pas quels soins ils recevront. C'est pas bon.

Tout le monde est nerveux. Dès qu'ils arrivent et voient ce qui se passe, ils sont choqués. »

Katherine craint que le manque de personnel infirmier et les soins qu'ils peuvent offrir feront en sorte qu'un plus grand nombre de patient(e)s choisiront de mettre fin à leur vie plutôt que d'endurer l'adversité et souffrir dans un hôpital en manque de ressources.

« Je vois beaucoup de demandes d'AMM [aide médicale à mourir] à l'avenir. Moi comprise. Avec tout ce que j'ai vécu, à quel point les soins ont diminué au fil des ans, j'ai vraiment peur pour moi quand je serai plus vieille. J'ai déjà beaucoup réfléchi à la limite que je serais prête à franchir face à une éventuelle maladie avant de dire 'C'est terminé, je ne veux pas vivre ça.'. Une raison majeure, malheureusement, est que les soins ne sont pas disponibles. »

Claudette voit des membres du personnel infirmier quitter la profession et craint que la détérioration du système ne fera que s'aggraver.

« L'avenir m'inquiète. Ça m'inquiète même pour moi quand je serai plus vieille et que j'aurai besoin de soins. Je veux quitter les soins infirmiers et je sais que d'autres personnes veulent quitter aussi. Il y a un exode. J'ai peur qu'il y aura une pénurie de personnel infirmier encore plus grande. Qui sera là pour prendre soin de nous à l'avenir? Qu'est-ce qui arrivera? Je vois déjà plus de monde obtenir des soins de moins bonne qualité. C'est juste insoutenable. »

Lena a affirmé ceci : *« Je pense que les hôpitaux n'écoutent tout simplement pas le personnel. On est le ciment qui tient tout ensemble. Et on se sent démolies. C'est donc pourquoi je dis que le système en soi est brisé – parce qu'on est à la base et si on ne peut rien faire pour nous – le personnel infirmier – qu'en est-il du système? »*

Katherine a dit que, en l'absence de compréhension et de soutien de la part des gestionnaires, les membres du personnel infirmier doivent compter les uns sur les autres. *« Les infirmières doivent s'entraider parce qu'elles n'auront pas de soutien de la part de la gestionnaire. Elles n'auront pas de soutien de la part du gouvernement. Selon moi rien ne va changer; les choses sont de pire en pire. Si on ne se tient pas, alors comment allons-nous y arriver? »*

Plusieurs membres du personnel infirmier ont affirmé souhaiter que la population comprenne mieux leur situation désespérée et agisse en conséquence. **Claudette** s'est rappelée du temps où les membres du personnel infirmier étaient considérés comme des héros plutôt que d'être pris pour acquis, comme ça semble être le cas en ce moment, ou encore pire, exploités.

« J'aimerais que les gens se souviennent de comment ils se traitaient pendant les six premiers mois de la COVID. Il y a eu une brève période où les gens ont réalisé que le personnel de la santé, le personnel des épiceries, les chauffeurs de camion – les travailleurs essentiels – étaient ceux qui faisaient en sorte que la vie continue. Et soudainement les gens faisaient preuve de gentillesse et de compassion et de solidarité, une telle solidarité à l'égard des difficultés dans les soins de santé et ils étaient tellement compréhensifs et patients. Je veux que les gens retrouvent cet état d'esprit – cette brève période où ils ont vraiment essayé de comprendre ce qu'on vivait parce que ça ne s'est pas réellement amélioré depuis. »

Qu'est-ce qui se cache derrière le déclin? Pour bon nombre de membres du personnel infirmier, Queen's Park est le vrai responsable.

Kim a un message qu'elle souhaite partager avec le gouvernement provincial. Elle le tient responsable du déclin du système de soins de santé public. Elle est particulièrement inébranlable dans son opinion que le système public doit être sauvé et que des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums doivent être mis en place.

« Il y a tellement d'études qui ont conclu qu'une meilleure



dotation en personnel améliore les résultats pour les patients, diminue le taux de mortalité, diminue l'épuisement professionnel du personnel, diminue le nombre de blessures subies par le personnel et les patients, diminue le nombre de congés de maladie que prend le personnel. Il y a juste tellement de choses positives pour les patients et pour les travailleurs de la santé, et aussi l'employeur, ajouterai-je, parce que ça diminue les dépenses en général. Un financement adéquat permet de meilleurs soins. Et ils en ont les moyens, et ils font juste le choix de ne pas le faire. J'aimerais bien leur demander, 'Pourquoi choisissez-vous de ne pas desservir la population qui vous a élus? Je trouve que c'est un leadership problématique. Tout le monde n'est pas né avec une cuillère en argent dans la bouche... Et vous avez été élus pour servir la population, servir au mieux leurs intérêts, et il n'est pas dans le meilleur intérêt de la population de sous-financer intentionnellement les soins de santé afin que les patients aient à attendre quatorze ou vingt heures à l''urgence ou voient leur chirurgie être retardée et mourir pendant qu'ils attendent. Vous échouez dans votre travail'. »"

La docteure Iris Gorfinkel, une médecin de famille et chercheuse clinicienne, est découragée par les souffrances que ses patient(e)s doivent maintenant endurer et elle voit également le rôle que joue le gouvernement actuel. « Il semble déterminé à démanteler les soins de santé publics. Ses lois ont réduit la dotation en personnel, rallongé les temps d'attente à l'urgence et dépouillé les Ontarien(ne)s de leur dignité. » Elle prétend que cela a « fait des préjudices moraux une réalité quotidienne pour les travailleurs de la santé » et demande, « Pendant combien de temps mes patients devront-ils payer le prix? » "

En tant qu'infirmière d'équipe volante, **Claudette** a vu le système de soins de santé de presque tous les angles. Et ce qu'elle voit la préoccupe énormément. *"« Je m'inquiète pour l'avenir. C'est insupportable. »* Elle a mentionné que c'est avec énormément de regret qu'elle prévoit quitter.





CONCLUSION

De nombreuses façons, les entrevues accordées par les infirmier(ère)s et leurs points de vue parlent d'eux-mêmes. Nous avons besoin de plus de personnel infirmier. C'est urgent. Non seulement le personnel infirmier a envoyé un message clair qu'il faut agir immédiatement, mais d'innombrables études, sondages, rapports statistiques et témoignages de patient(e)s l'ont également confirmé. Ignorer les nombreuses preuves irréfutables est inexcusable.

La transformation des hôpitaux de l'Ontario sous le néolibéralisme et sa gestion inhérente de style commerciale constitue une menace fondamentale pour le bien-être de notre population. Comme John Ralston Saul (1999) a prévenu :

> *...nous sommes passés à un système de soins de santé à deux vitesses sans aucun débat public à savoir si les citoyen(ne)s souhaitaient abandonner le système universel. Encore pire, nos élites continuent de parler comme si nous avions toujours un système universel. Ces élites, et par conséquent nous, nous condamnent à vivre une vie de mensonges... l'assurance-maladie ne peut fonctionner que si elle est régie par les idées, les politiques... notre dépendance de plus en plus grande aux gestionnaires tue l'assurance-maladie... »*

Si, pendant que vous lisiez ce rapport de recherche, cet exposé terrifiant, vous vous êtes demandé comment se termine l'histoire, nous comptons sur vous – la population, les travailleur(euse)s des soins de santé, nos représentant(e)s élu(e)s – pour écrire la suite. Nous devons parler haut et fort et communiquer clairement aux personnes qui contrôlent les politiques et le financement que nous priorisons les besoins humains plutôt que l'enrichissement économique, que nous croyons que principal objectif des décideurs, supposément en notre nom, devrait être la justice, l'égalité et des soins de grande qualité, entre autres pour les personnes qui ont été mal desservies ou systématiquement marginalisées. À cette fin, nous devons augmenter le financement pour notre système de soins de santé public et réintroduire un plus grand contrôle démocratique de son fonctionnement par l'entremise de conseils d'administration élus publiquement. Nous devons éloigner la privatisation rampante qui menace ce filet de sécurité sociale vital. Nous devons adopter l'importance inhérente de la compassion et de la bienveillance – pour mettre la patientèle à l'avant-plan, pas seulement en tant que clientèle, mais en tant qu'individus qui méritent du respect, de la dignité et des soins.

Les membres du personnel infirmier sont un aspect essentiel de tels soins. Comme la célèbre citation de Maya Angelou : « En tant qu'infirmière, nous avons la possibilité de guérir le cœur, l'esprit, l'âme et le corps de nos patients, de leurs familles et de nous-mêmes. Il se peut qu'ils oublient votre nom, mais ils n'oublieront jamais comment ils se sont sentis grâce à vous. »

Comme l'a dit **Katherine**, dans les mots d'un médecin avec lequel elle a déjà travaillé : *"« La définition des soins de santé c'est des gens qui aident des gens. »* Ile a exhorté les personnes en charge du système de soins de santé de *« prendre soin des gens qui prennent soin des patients. Ça devrait être la priorité numéro un ».* Il est donc essentiel d'atteindre le niveau de dotation en personnel infirmier et autres travailleur(euse)s de la santé adéquat. La promulgation de ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums est une première étape indispensable.

.



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 et de criminologie de l'Université de Windsor en Ontario. Ce travail est la suite d'une recherche qu'ils mènent depuis dix ans au sujet des conditions de travail dans le système de soins de santé fragilisé de l'Ontario.

REMERCIEMENTS

Nous remercions Angela Hodgson et le Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du CSHO-SCFP. Nous remercions également Sharon Richer, Michael Hurley, ainsi que les conseillères et conseillers syndicaux et les membres du CSHO-SCFP qui ont soutenu cette initiative. Nous sommes reconnaissants envers Ellen McArthur-Woitte pour son examen attentif du rapport, Chantal Cléroult pour sa révision minutieuse et sa traduction du document en français, Jocelyn Renaud pour la conception et la mise en page du document final et Randy Emerson qui a apporté son soutien technique pour les entrevues en ligne. Nous sommes particulièrement reconnaissants envers les membres du personnel infirmier qui ont participé à cette recherche – les héros – qui ont donné généreusement de leur temps et apporté des contributions inestimables.

Remarque : Les images 1 à 3 ont été produites avec l'aide du générateur d'images de ChatGPT avec le contenu fourni par les auteurs. .



RÉFÉRENCES

Abramovitz, M. et Zelnick, J. R. (2022). Structural Racism, Managerialism, and the Future of the Human Services: Rewriting the Rules (Racisme structurel, gestionnariat et l'avenir des services sociaux : Réécrire les règles). *Social Work*, 67(1), 8-16. https://doi.org/10.1093/sw/swab051 (en anglais seulement)

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 du personnel infirmier: un exposé de politique)*. Rapport préparé pour l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO), 22 janvier 2024. https://ona.org/wp-content/uploads/2025/02/OntarioNurseStaffingBriefAiken_20250122.pdf (en anglais seulement)

Allan, D. (mars 2026). *Ontario Budgets are highly misleading (Les budgets de l'Ontario sont extrêmement trompeurs)*. Defend Public Healthcare. https://ochuleftwords.blogspot.com/2026/03/ontario-budgets-are-highly-misleading.html (en anglais seulement)

Amin, R. et Raphael, D. (2026). Late-stage Capitalism and the Canadian Polycrisis in Living and Working Conditions: Implications for Health and Means of Responding (Capitalisme avancé et la polycrise dans les conditions de vie et de travail au Canada : conséquences sur la santé et façons de répondre). *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services, 56*(2), 161-172. https://doi.org/10.1177/27551938251411280 (en anglais seulement)

Armstrong, H., Daly, T. et Choiniere, J. A. (2016-2017). Policies and practices: The case of RAI-MDS in Canadian long-term care homes (Politiques et pratiques : le RAI-MDS dans les foyers de soins de longue durée du Canada). *Revue d'études canadiennes*.

Armstrong, P. et Armstrong, H. (2010). Contradictions at Work: Struggles for Control in Canadian Health Care (Contradictions au travail : luttes pour obtenir le contrôle dans les soins de santé canadiens). *Socialist Register, 46*, 145-167.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2022). *Nursing Through Crisis: A Comparative Perspective (Les soins infirmiers en temps de crise : une perspective comparative)*. https://rnao.ca/sites/default/files/2022-05/Nursing%20Through%20Crisis%20-%20A%20Comparative%20Analysis%202022.pdf (en anglais seulement)

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2026). *The state of nursing in Ontario: The RPN experience in focus: A 2026 review (L'état des soins infirmiers en Ontario : l'expérience des IAA sous les projecteurs : un examen de 2026)*. https://www.werpn.com/wp-content/uploads/2026/05/2026-State-Of-Nursing-Report-FINAL-1.pdf (en anglais seulement)

BC Nurses Union (2026). *Minimum Nurse-to-Patient Ratios Are Coming to BC (Il y aura des ratios infirmier(ère)-patient(e)s minimums en Colombie-Britannique)*. https://www.bcnu.org/contracts-and-bargaining/minimum-nurse-to-patient-ratios (en anglais seulement)

Bourgault, A. M. (2023). Task-Oriented Nursing Care Through a Positive Lens (Soins infirmiers axés sur les tâches vus sous un angle positif). *Critical Care Nurse, 43*(3), 7-9. https://doi.org/10.4037/ccn2023506 (en anglais seulement)

Braun, V. et Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology (Utiliser une analyse thématique en psychologie). *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa (en anglais seulement)

Brophy, J. T. et Keith, M. (2025). *Raisons pour lesquelles l'Ontario a besoin de niveaux de dotation en personnel infirmier sécuritaires*. CSHO-SCFP. https://CSHO.on.ca/wp-content/uploads/2025/08/Safe-nurse-staffing-Report_ENG_Final_WEB.pdf

Brophy, J. T., Keith, M. M. et Hurley, M. (2017). Assaulted and Unheard: Violence Against Healthcare Staff (Agressés et ignorés : violence à l'encontre des membres du personnel de la santé). *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy, 27*(4), 581-606.

Brophy, J. T., Keith, M. M., Hurley, M. et Slatin, C. (2024). Running on empty: Ontario hospital workers' mental health and well-being deteriorating under austerity-driven system (À bout de souffle : la santé mentale et le bien-être du personnel hospitalier de l'Ontario se détériorent dans un système guidé par l'austérité). *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy, 34*(3), 182-197. https://doi.org/10.1177/10482911241267347 (en anglais seulement)

Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (2023). *Secteur de la santé de l'Ontario : Examen du plan de dépense*s. https://fao-on.org/fr/rapport/health-2023/

Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario (2025). *Secteur de la santé de l'Ontario : Examen du plan de dépenses 2025*. https://fao-on.org/fr/rapport/estimates-2025-health/

Burnett, K., Sanders, C., Halperin, D. et Halperin, S. (2020). Indigenous Peoples, settler colonialism, and access to health care in rural and northern Ontario (Peuples autochtones, colonialisme de peuplement et accès aux soins de santé dans les régions rurales et nordiques de l'Ontario). *Health & Place, 66*. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1353829220300952 (en anglais seulement)

Butler, S. (2026). Rethinking resilience in nursing: shifting from individual burden to collective support (Repenser la résilience dans les soins infirmiers : passer du fardeau individuel au soutien collectif). *Nursing Management*. Publication en ligne en avant-première. https://doi.org/10.7748/nm.2026.e2179 (en anglais seulement)

Chamandy, A. (2024). Hospital data shows Ontario's hallway health care problem is worse than ever (Les données au sujet des hôpitaux montrent que le problème des soins de santé 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 (en anglais seulement)

Christianson, J., Sommers-Olson, B., Leiberg, J. et Kaminstein, D. (2025). Resilience as Accusation: A Critical Examination of Individual Resilience Training for Burnout Mitigation (La résilience comme accusation : une analyse critique de la formation sur la résilience individuelle pour la réduction de l'épuisement professionnel). *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse, 7*(1), 23-37. https://doi.org/10.25071/2291-5796.170 (en anglais seulement)

Coalition ontarienne de la santé (2022). FICHE D'INFORMATION : *Système de santé à deux vitesses et cliniques privées*. https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/fact-sheet-two-tier-health-care-and-private-clinics/

Coderre-Ball, A., Grady, C. et Chênevert, D. (2022). How health-care leaders can foster psychologically safer workplaces (De quelle façon les dirigeants du secteur des soins de santé peuvent favoriser des lieux de travail plus sécuritaires d'un point de vue psychologique). *The Conversation*. https://theconversation.com/how-health-care-leaders-can-foster-psychologically-safer-workplaces-190745 (en anglais seulement)

Commission de la santé mentale du Canada (2022). *Une situation critique : des travailleurs et travailleuses de la santé et des services sociaux sont en détresse et ont besoin d'un soutien psychologique*. https://commissionsantementale.ca/

County First (pas de date). Ontario Emergency Rooms: Wait Times, Walkouts, and System Pressures (Urgences en Ontario: temps d'attente, départs brusques et pressions sur le système). *County First*. https://countyfirst.ca/ontario-emergency-rooms-wait-times-walkouts-and-system-pressures/

Duong, D. et Vogel, L. (2023). Overworked health workers are "past the point of exhaustion." (Le personnel de la santé surmené est « plus qu'épuisé ».) *Journal de l'Association médicale canadienne, 195*(8), E309. https://www.cmaj.ca/content/195/8/E309 (en anglais seulement)

Duggal, S. (2026). Hallway health care metric one of several 'to be retired' from health agency's public report (L'indicateur des soins de santé de couloir est l'un de plusieurs à 'être retiré' du rapport public des organismes de santé). *The Trillium*. https://www.thetrillium.ca/news/health/hallway-health-care-metric-one-of-several-to-be-retired-from-health-agencys-public-report-11824240 (en anglais seulement)

Faubert, E. B. (2025). *L'évolution des effectifs infirmiers au Canada. Institut économique de Montréal*. https://www.iedm.org/fr/levolution-des-effectifs-infirmiers-au-canada/

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (2026). *CFNU National Nurses Survey (Enquête nationale de la FCSII auprès du personnel infirmier)*. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2026/04/CFNU-National-Nurses-Survey-2026_Final.pdf (en anglais seulement)

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (2025). *Le personnel infirmier au Canada : face aux violences. Un appel urgent à l'action*. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2025/10/HMM25-WhitePaper-FR-Web.pdf

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (2023). *Un nouveau rapport souligne le besoin d'avoir une dotation sécuritaire partout au Canada afin d'assurer la sécurité des patients*. https://fcsii.ca/un-nouveau-rapport-souligne-le-besoin-davoir-une-dotation-securitaire-partout-au-canada-afin-dassurer-la-securite-des-patients/

Fortier, E. (2019). La détresse morale dans les soins de santé : un problème de santé publique. *Association canadienne de santé publique*. https://www.cpha.ca/fr/la-detresse-morale-dans-les-soins-de-sante-un-probleme-de-sante-publique

Ganz, M. (2011). Public Narrative, Collective Action, and Power (Exposé public des faits, action collective et pouvoir). Dans S. Odugbemi et T. Lee (Éd.), *Accountability Through Public Opinion: From Inertia to Public Action* (Imputabilité par l'entremise de l'opinion publique : de l'inertie à l'action publique) (pp. 273-289). Banque mondiale. https://www.hks.harvard.edu/publications/public-narrative-collective-action-and-power (en anglais seulement)

Glouberman, S. (2001). Book Review of *Do we care? Renewing Canada's Commitment to Health (Critique du livre Est-ce qu'on s'en soucie? Renouveler l'engagement du Canada à l'égard de la santé)*. Patients Canada. https://secure.patientscanada.org/blog/book-review-do-we-care-renewing-canadas-commitment-health (en anglais seulement)

Gorfinkel, I. (2026). How the PCs are destroying health care (Comment les conservateurs détruisent les soins de santé). *Toronto Star*, 30 avril. https://www.pressreader.com/canada/toronto-star/20260430/281676851515342 (en anglais seulement)

Govasli, L. et Solvoll, B. A. (2020). Nurses' experiences of busyness in their daily work (Les expériences du personnel infirmier avec la charge de travail au quotidien). *Nursing Inquiry, 27*(3), e12350. https://doi.org/10.1111/nin.12350 (en anglais seulement)

Hajizadeh, M. et Jalili, F. (2025). Addressing Healthcare Waiting Time Challenges in Canada: Insights From Emerging Initiatives (S'attaquer aux problèmes de temps d'attente dans les soins de santé au Canada : aperçus des initiatives nouvelles). *International Journal of Health Policy and Management*, 14:8986. doi:10.34172/ijhpm.8986 (en anglais seulement)

Hospital News (2025). *Nearly 300,000 Ontarians left emergency room without treatment last year (Près de 300 000 Ontarien(ne)s ont quitté l'urgence sans avoir reçu de traitement l'an dernier)*. https://www.hospitalnews.com/patients-leaving-canadian-ers-untreated-2024-mei-report/ (en anglais seulement)

ICES (2024). *Patients who leave the emergency department without being seen face higher risk of death, hospitalization (Les patients qui quittent l'urgence sans avoir été vus risquent davantage de mourir ou d'être hospitalisés)*. https://www.ices.on.ca/news-releases/patients-who-leave-the-emergency-department-without-being-seen-face-higher-risk-of-death-hospitalization/ (en anglais seulement)

Jones, A. (24 avril 2026). Ontario hospitals announce job cuts as nearly three-quarters try to climb out of financial holes (Les hôpitaux de l'Ontario annoncent des suppressions de postes alors que les trois quarts des hôpitaux essaient de se sortir de gouffres financiers). *CBC News*. https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-hospitals-job-cuts-9.7177023 (en anglais seulement)

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 à l'encontre du personnel de la santé)*. Between the Lines.

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

Lasater, K. B., Brom, H., Aiken, L. H. et al. (2025). Are minimum nurse-to-patient staffing ratios needed in hospitals? An observational study in British Columbia, Canada (Est-ce que des ratios infirmier(ère)-patient(e) s minimums sont nécessaires dans les hôpitaux? Une étude observationnelle en Colombie-Britannique, Canada). *BMJ Open, 15*, e099358. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-099358 (en anglais seulement)

Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B. et Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis (Épuisement professionnel chez le personnel infirmier et sécurité, satisfaction et qualité des soins de la patientèle : un examen systématique et une méta-analyse). *JAMA Network Open, 7*(11), e2443059. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059 (en anglais seulement)

Longhurst, A. (2026). *Ontario is underfunding public health care—and private health care is the beneficiary (L'Ontario sous-finance les soins de santé publics—et les soins de santé privés en bénéficient)*. Centre canadien de politiques alternatives. https://www.policyalternatives.ca/news-research/ontario-is-underfunding-public-health-care-and-private-health-care-is-the-beneficiary/ (en anglais seulement)

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 (Le cas de la loi sur 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 (en anglais seulement)

McNaughton, C., Austin, P., Chu, A. et al. (2024). Turbulence in the system: Higher rates of left- without-being- seen emergency department visits and associations with increased risks of adverse patient outcomes since 2020 (Turbulence dans le système : taux plus élevé de visites à l'urgence où la patientèle a quitté sans être vue et associations avec les risques accrus de résultats préjudiciables pour la patientèle depuis 2020). *JACEP Open*, 5. https://www.jacepopen.com/action/showPdf?pii=S2688-1152%2824%2901492-9 (en anglais seulement)

McTavish, C. et Blain, A. (2024). *Nurse-Patient Ratios: Current evidence report (Ratios infirmier(ère-patient(e)s : rapport sur les preuve actuelles)*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/11/NPR-Full-Report-Final-01Nov24.pdf (en anglais seulement)

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 chercher de l'aide » : niveaux de stress et utilisation des soutiens en santé mentale par le personnel des hôpitaux canadiens pendant la pandémie de la COVID-19). *Health Policy, 126*(2), 106-111. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.01.002 (en anglais seulement)

Moraros, J., Lemstra, M. et Nwankwo, C. (2016). Lean interventions in healthcare: Do they actually work? A systematic literature review (Les interventions « à valeur ajoutée » dans les soins de santé : fonctionnent-elles vraiment? Un examen systématique de la littérature). *International Journal for Quality in Health Care, 28*(2), 150-165. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv123 (en anglais seulement)

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

Nowrouzi-Kia, B. et Fox, M. T. (2020). Factors Associated With Intent to Leave in Registered Nurses Working in Acute Care Hospitals: A Cross-Sectional Study in Ontario, Canada (Facteurs associés à l'intention des infirmier(ère) s autorisé(e)s de quitter leur emploi dans les hôpitaux de soins actifs : une étude transversale en Ontario (Canada)). *Workplace Health & Safety, 68*(3), 121-128. https://doi.org/10.1177/2165079919884956 (en anglais seulement)

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 pratique des soins infirmiers)*. https://www.cno.org/Assets/CNO/Documents/Statistics/workforce-census-report-2024.pdf (en anglais seulement)

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

Samphir, H. (2015). Resist the silent war on Canadian medicare (Résister à la guerre silencieuse contre l'assurance-maladie du Canada). *Canadian Dimension*. https://canadiandimension.com/articles/view/resist-the-silent-war-on-canadian-medicare (en anglais seulement)

Santé Ontario (2026). *Rendement du système : Temps passé aux urgences*. https://santeontario.ca/systeme/rapports/rendement/temps-passe-aux-urgences

Saul, J. R. (1999). Health care at the end of the twentieth century (Les soins de santé à la fin du vingtième siècle). Dans M. A. Somerville (Éd.), *Do we care? Renewing Canada's Commitment to Health (Est-ce qu'on s'en soucie? Renouveler l'engagement du Canada à l'égard de la santé)*. Les Presses universitaires McGill-Queen's.

Statistique Canada (2023). *Personnel infirmier : travail plus ardu pendant plus d'heures dans un contexte de pénurie croissante de main-d'œuvre*. https://www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/4165-personnel-infirmier-travail-plus-ardu-pendant-plus-dheures-dans-un-contexte-de-penurie

Suran, M. (2023). Overworked and Understaffed, More Than 1 in 4 US Nurses Say They Plan to Leave the Profession (Surmenés et en sous-effectif, plus de 1 infirmier(ère) américain(e) sur 4 affirme planifier quitter la profession). *JAMA, 330*(16), 1512-1514. https://doi.org/10.1001/jama.2023.10055 (en anglais seulement)

Thompson, M. (16 février 2023). Ontario hospitals looking to cut staff costs, speed up work despite ongoing staffing crisis (Les hôpitaux de l'Ontario cherchent à réduire les coûts du personnel et à accélérer le travail malgré la crise de dotation en personnel actuelle). *PressProgress*. https://pressprogress.ca/ (en anglais seulement)

Valdez, A. (2024). Burnout or Exploitation? Resiliency is Not the Solution (Épuisement ou exploitation? La résilience n'est pas la solution). *Journal of Emergency Nursing, 50*(2), 165-166. https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.11.009 (en anglais seulement)

Virdo, G. (2025). Managerialism in the Neoliberal Hospital: Decent Care Work: Politics, Policy, and Resistance (Gestionnariat dans un hôpital néolibéral : travail de soins décents : politique, stratégie et résistance). *Recherches en économie politique, 106*(3), 298-317. https://doi.org/10.1080/07078552.2025.2598512 (en anglais seulement)

Wu, G., Sapiro, N., Martens, R., Harmon, M., Risling, T. et Eastwood, C. (2025). Trends and indicators of nursing workforce shortages in Canada: A retrospective ecological study, 2015-2022 (Tendances et indicateurs des pénuries de personnel infirmier au Canada : une étude écologique rétrospective, 2015-2022). *BMJ Open, 15*(6), e092114. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-092114 (en anglais seulement)

