

# Soutenir les soins infirmiers au Canada

Une série de solutions coordonnées  
fondées sur des données probantes visant  
à soutenir la main-d'œuvre infirmière  
maintenant et demain

D' Housseem Eddine Ben Ahmed, D. N., M. Sc., Ph. D.  
D<sup>re</sup> Ivy Lynn Bourgeault, Ph. D., FACSS

RCPS  
Réseau canadien des  
personnels de santé



CHWN  
Canadian Health  
Workforce Network



LA FÉDÉRATION CANADIENNE  
DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS

# Au sujet du RCPS

Le Réseau canadien des personnels de santé est un réseau d'échange des connaissances, comprenant des chercheurs, des décideurs et d'autres utilisateurs de connaissances possédant une expertise en planification de la main-d'œuvre, des politiques et de la gestion.

# Au sujet de la FCSII

La FCSII est la plus grande organisation infirmière au Canada. Elle représente le personnel infirmier de première ligne de chaque secteur des soins de santé – soins à domicile, SLD, soins communautaires et actifs – y compris les étudiantes et étudiants en sciences infirmières. Elle se porte à la défense d'enjeux prioritaires dans le secteur de la santé et revendique l'engagement du gouvernement fédéral pour assurer la viabilité des soins de santé publics dans l'avenir.



## Publié par

Fédération canadienne  
des syndicats  
d'infirmières et infirmiers  
2841, prom. Riverside  
Ottawa (Ontario) K1V 8X7

[www.fcsii.ca](http://www.fcsii.ca)

ISBN: 978-1-990840-03-6

© 2022 Fédération canadienne  
des syndicats d'infirmières et  
infirmiers. Tous droits réservés.  
Toute reproduction, en tout ou  
en partie, sous quelque forme et  
par quelque procédé que ce  
soit, est interdite sans  
l'autorisation écrite de l'éditeur.

## Auteurs

D<sup>r</sup> Housseem Eddine Ben Ahmed, D. I., M. Sc., Ph. D.  
D<sup>re</sup> Ivy Lynn Bourgeault, Ph. D., FACSS

## Équipe de projet de la FCSII

Carol Reichert, M.A.  
Paul Curry, Ph. D.

Ben René  
Oxana Genina

## Comité consultatif de la FCSII

Barbara Brookins, Inf., B. Sc. Inf. Judith Grossman, M.A.  
Lora Sliman Bridget Whipple, M.A.

## Traduction

Jocelyne Demers-Owoka, Trad. à Ideal Translation

# Au sujet des auteurs



D<sup>r</sup> Housseem Eddine Ben Ahmed, D. I., M. Sc., Ph. D.



D<sup>re</sup> Ivy Lynn Bourgeault, Ph. D., FACSS

## **D<sup>r</sup> Housseem Eddine Ben Ahmed, D. I., M. Sc., Ph. D.**

Le D<sup>r</sup> Ben Ahmed est un boursier de recherches postdoctorales et professeur à temps partiel à la Faculté de sciences sociales de l'Université d'Ottawa. Il détient un diplôme en sciences infirmières et une maîtrise en sciences de la santé de l'Université de Sousse (Tunisie), ainsi qu'un doctorat en sciences infirmières de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Ses différents projets sont axés sur la déconstruction des pratiques hégémoniques et déshumanisantes dans les situations de simulation clinique, sur le soutien de la main-d'œuvre infirmière au Canada, sur la mise en œuvre de pratiques pédagogiques novatrices dans les contextes numériques et sur l'amélioration des expériences des populations marginalisées.

## **D<sup>re</sup> Ivy Lynn Bourgeault, Ph. D., FACSS**

La D<sup>re</sup> Bourgeault est une professeure de l'École d'études sociologiques et anthropologiques de l'Université d'Ottawa, et la chaire de recherche universitaire en genre, diversité et les professions. Elle dirige le Réseau canadien des personnels de santé et l'Initiative de renforcement du pouvoir des dirigeantes dans le secteur de santé. La D<sup>re</sup> Bourgeault s'est forgé une réputation internationale pour sa recherche sur la main-d'œuvre en santé, tout particulièrement du point de vue du genre.

# Remerciements

Nous tenons à remercier Carol Reichert, M.A., spécialiste des politiques et de la recherche pour la FCSII, et le D<sup>r</sup> Paul Curry, Ph. D., conseiller pour la FCSII, pour leur précieuse collaboration. De plus, nous tenons à remercier le comité consultatif de la FCSII : Barbara Brookins, inf., présidente du Syndicat des infirmières et des infirmiers de l'Île-du-Prince-Édouard, Lora Sliman, présidente de l'Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada, Judith Grossman, M.A., chercheuse chez Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta, et Bridget Whipple, M.A., chercheuse au syndicat des infirmières et des infirmiers du Manitoba, pour leurs rétroactions constructives.

Nous désirons également exprimer notre gratitude envers nos spécialistes universitaires qui ont généreusement accepté de passer en revue notre rapport (en ordre alphabétique).

- D<sup>re</sup> Ann Rhéaume, École de science infirmière de l'Université de Moncton
- D<sup>re</sup> Kathleen Leslie, Faculté des disciplines de la santé de l'Université Athabasca
- D<sup>re</sup> Linda McGillis Hall, École des sciences infirmières de l'Université de Toronto
- D<sup>re</sup> Margaret Walton-Roberts, Université Wilfrid Laurier et École des affaires internationales Balsillie, Waterloo, Canada
- D<sup>re</sup> Martha MacLeod, École des sciences infirmières de l'Université Northern, Colombie-Britannique
- D<sup>re</sup> Maura MacPhee, École des sciences infirmières de l'Université de la Colombie-Britannique
- D<sup>re</sup> Sheri Lynn Price, École des sciences infirmières de l'Université Dalhousie
- D<sup>re</sup> Sonia Udod, Collège des sciences infirmières de l'Université du Manitoba
- D<sup>r</sup> Sylvain Brousseau, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Enfin, nous souhaitons exprimer notre vive reconnaissance aux intervenants clés en soins infirmiers qui ont participé à notre dialogue sur les politiques, notre sondage et qui ont enrichi notre rapport.

# Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>4</b>
<b>Table des matières .....</b>	<b>5</b>
<b>Message de la présidente de la FCSII.....</b>	<b>9</b>
<b>Actions stratégiques prioritaires .....</b>	<b>11</b>
<b>Sommaire .....</b>	<b>14</b>
<b>Difficultés auxquelles fait face la profession infirmière.....</b>	<b>19</b>
<b>Répercussions sur les infirmières et infirmiers, les patients et le système de santé .....</b>	<b>20</b>
<b>Comment en sommes-nous arrivés à ce point? .....</b>	<b>21</b>
<b>Quelles sont les solutions à plusieurs niveaux pour l’avenir? .....</b>	<b>28</b>
<b>ÉTAPE 1 : Rétention et soutien.....</b>	<b>29</b>
1. Charges de travail allégées .....	29
1.1. Un ratio infirmière-patients minimum prescrit par la loi.....	29
1.2. Une norme de soins minimum prescrite par la loi .....	30
1.3. Augmentation de la capacité de l’équipe mobile/flottante .....	30
1.4. Mise en place d’une équipe de soutien pour réduire les tâches non liées aux soins infirmiers .....	30
1.5. Outils et processus basés sur des données probantes pour régler la question des lourdes charges de travail.....	31
1.6. Modèle synergique de pratique professionnelle .....	31
2. Favoriser des milieux de travail sécuritaires, sains et solidaires .....	32
2.1. Encourager des lieux de travail exempts de violence et d’intimidation.....	32
2.2. Adopter la norme en matière de santé et de sécurité psychologiques sur le lieu de travail .....	33
2.3. Bâtir des environnements de travail attentionnés .....	33
2.4. Fournir un accès approprié et adéquat à l’équipement de protection individuelle (EPI) .....	33
3. Intégrer les soutiens en santé mentale.....	33
3.1. Consacrer des journées pour la santé mentale .....	33
3.2. Intégrer des programmes de soutien par les pairs (PSP) .....	34
3.3. Rendre accessible la thérapie cognitivo-comportementale ciblée sur Internet (TCCI) .....	34
3.4. Intégrer des programmes de bien-être.....	34
4. Mettre en œuvre des initiatives de rétention ciblées tout au long du parcours de carrière.....	34
4.1. Faciliter la transition des nouveaux diplômés en soins infirmiers .....	35
4.1.1. Offrir des programmes de résidence pour les infirmières et infirmiers .....	35
4.2. Soutenir la formation continue en soins infirmiers et permettre au personnel de gravir les échelons .....	35
4.2.1. Accès facilité à la formation continue.....	35

4.2.2.	Mise en œuvre de programmes de mentorat tout au long du parcours de carrière .....	35
4.2.3.	Adoption du modèle de perfectionnement professionnel 80/20 .....	36
4.3.	Soutenir la formation en leadership des infirmières et infirmiers .....	36
4.3.1.	Programme de leadership et de gestion pour les infirmières et infirmiers..	36
4.4.	Soutenir les infirmières et infirmiers en fin de carrière .....	36
4.4.1.	Offrir un programme de réduction des équivalents temps plein (ETP) avant la retraite .....	36
4.4.2.	Offrir un horaire plus flexible .....	36
4.4.3.	Répandre l'Initiative de maintien en poste du personnel infirmier chevronné (IMPPIC) .....	37
4.4.4.	Répandre le programme de postes saisonniers à temps partiel .....	37
4.4.5.	Planifier la relève .....	37
<b>ÉTAPE 2 :</b>	<b>Retour et intégration.....</b>	<b>37</b>
1.	Retour des infirmières et infirmiers au secteur public .....	37
1.1.	Améliorer les conditions de travail grâce à un programme d'accréditation de type Magnet .....	37
1.2.	Hausser les salaires et les avantages sociaux .....	38
1.3.	Répandre l'initiative d'enseignement en soins infirmiers .....	38
1.4.	Créer une agence publique pour les infirmières et infirmiers mobiles .....	38
2.	Retour du personnel qui vient de partir ou qui a pris une retraite anticipée .....	39
2.1.	Soutenir un programme flexible de retour à la pratique .....	39
2.2.	Fournir des occasions de mentorat et de préceptorat comme stratégies pour inciter le retour au travail.....	39
3.	Intégrer les infirmières et infirmiers au Canada qui ont été formés et qui ont acquis une expérience à l'étranger.....	39
3.1.	Accélérer le processus d'immigration pour le personnel infirmier formé à l'étranger et déjà au Canada.....	40
3.2.	Simplifier le processus de demande .....	40
3.3.	Faciliter le processus d'emploi et d'intégration.....	41
<b>ÉTAPE 3 :</b>	<b>Recrutement et mentorat .....</b>	<b>42</b>
1.	Développer des programmes nationaux de formation .....	42
1.1.	Accroître le nombre de places dans les programmes locaux de formation en soins infirmiers .....	42
1.2.	Accroître la capacité du corps professoral clinique pour permettre le développement de la formation infirmière .....	42
1.3.	Offrir des programmes accumulables de microtitres de compétences.....	42
2.	Cibler des stratégies de recrutement pour diversifier la main-d'œuvre infirmière ....	43
2.1.	Former des partenariats avec des organismes de personnes autochtones et noires en soins infirmiers .....	43
2.2.	Révision globale des admissions .....	43
2.3.	Élargir les programmes de soins infirmiers offerts en français.....	43
3.	Soutenir les stagiaires à travailler dans les communautés et les secteurs mal desservis .....	44
3.1.	Cibler un programme de soutien pour les frais de scolarité des infirmières et infirmiers .....	44
3.2.	Améliorer le programme d'exonération du remboursement des prêts étudiants..	44

3.3. Améliorer le programme des étudiantes infirmières et étudiants infirmiers employés.....	44
4. Mettre en œuvre d'autres initiatives prometteuses de recrutement.....	45
4.1. Mettre en œuvre des programmes gratuits de soins infirmiers .....	45
4.2. Améliorer le programme de garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers	45
<b>La planification de la main-d'œuvre aidera à faire face aux crises futures.....</b>	<b>50</b>
<b>ÉTAPE 1 : Intégrer la planification continue de la main-d'œuvre infirmière .....</b>	<b>52</b>
<b>ÉTAPE 2 : Rehausser les données liées à la main-d'œuvre infirmière pour appuyer la planification de la main-d'œuvre interprofessionnelle axée sur le secteur .....</b>	<b>55</b>
<b>ÉTAPE 3 : Favoriser l'accès des intervenants en main-d'œuvre infirmière à des outils fondés sur des données probantes pour soutenir les prises de décisions afin d'améliorer les résultats.....</b>	<b>56</b>
1. Les indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail de l'OMS (WISN).....	56
2. L'outil HeaDS UPP de l'Australie .....	57
3. Le tableau de bord des projections de la main-d'œuvre des É.-U.....	57
<b>Conclusions .....</b>	<b>60</b>
<b>Actions stratégiques prioritaires.....</b>	<b>62</b>
<b>Liste des acronymes.....</b>	<b>65</b>
<b>Références.....</b>	<b>67</b>



## Message de la présidente de la FCSII



Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

La moitié des infirmières et infirmiers qui travaillent actuellement souhaitent changer d'emploi. Quatre-vingt-dix pour cent présentent des signes d'épuisement professionnel, et 83 pour cent mentionnent qu'il manque tellement de personnel, qu'ils ou elles s'inquiètent de la qualité des soins qu'ils ou elles peuvent fournir. Pendant ce temps, les postes vacants en soins infirmiers ont plus que triplé (+219,8 %) au cours des cinq dernières années, selon l'Enquête sur la population active de juillet 2022 de Statistique Canada. Les gouvernements et les employeurs à tous les paliers et dans tous les secteurs sont paralysés par l'ampleur de la situation.

Ne laissons plus personne dire que nous dramatisons. La pénurie de personnel infirmier de 2022 est assurément une crise, et nos dirigeants doivent l'aborder comme telle.

Les gestionnaires en soins infirmiers ont vu venir de loin cette crise mondiale. Tout au long de la pandémie, notre système de santé dépendait du dévouement héroïque des travailleuses et travailleurs de première ligne. Les infirmières et infirmiers et leurs collègues étaient là quand nous en avions besoin. Ils et elles ont fait des besoins de leurs patients leur priorité, et nous ont aidé à passer à travers les moments les plus difficiles. Le personnel infirmier ne peut cependant porter ce fardeau indéfiniment. Il est frustré et en colère. Le moral est tombé au plus bas, parce que les infirmières et infirmiers manquent de ressources pour offrir les soins de qualité que les patients méritent, et il n'y a aucun plan précis à l'horizon.

Dans ce rapport, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers s'est associée à une spécialiste en politiques de santé et planification de la main-d'œuvre la D<sup>re</sup> Ivy Bourgeault

et son équipe. Nous présentons en termes clairs toute l'ampleur de la situation ainsi que les solutions connues pour l'aborder. La rétention de nos infirmières et infirmiers chevronnés permettra d'offrir une qualité supérieure de soins; le retour des infirmières et infirmiers qui ont quitté la profession soutiendra notre main-d'œuvre quiériclute; le recrutement et la formation des infirmières et des infirmiers de demain nous prépareront à combler les besoins futurs. Qui plus est, la collecte et l'utilisation efficace des données fourniront une feuille de route pour éviter les pénuries récurrentes et considérables de personnel infirmier.

Les infirmières et infirmiers ont été meurtris par la pandémie, mais nous ne sommes pas vaincus. Grâce au soutien du gouvernement orienté sur des mesures éprouvées pour aborder la crise en dotation de personnel, et grâce à un engagement envers une gestion efficace des ressources humaines en santé, nous pouvons inverser la tendance et instaurer une ère de gestion efficace de la main-d'œuvre en santé.

Des actions immédiates sont requises pour stopper l'hémorragie – nous devons retenir notre main-d'œuvre actuelle pour mettre fin aux fermetures de services de santé à travers le Canada. Nous devons contenir la menace croissante de la privatisation, qui détourne les ressources humaines en santé vers les personnes privilégiées aux dépens des Canadiens moyens. Les employeurs en soins de santé doivent pour leur part créer des milieux de travail propices au bien-être des travailleuses et travailleurs ainsi qu'à celui des patients.

Bref, les responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux des politiques et les représentants élus devraient évaluer leurs défis actuels et commencer à mettre en œuvre certaines des solutions ciblées mentionnées dans ce rapport. Ils et elles devraient s'engager à soumettre, recueillir et analyser des données normalisées et à développer des systèmes qui permettent à chaque région de mieux gérer à l'avenir les ressources humaines en santé, pour parer aux crises avant qu'elles ne surviennent.

Je tiens à remercier personnellement l'équipe de la FCSII, notamment Mme Carol Reichert et M. Paul Curry, le comité consultatif de ce projet – Barbara Brookins, Bridget Whipple et Judith Grossman, ainsi que les auteurs – Ivy Bourgeault et Houssein Eddine Ben Ahmed. Je réserve mes plus vifs remerciements à toutes les infirmières et à tous les infirmiers en service pour leur engagement envers les Canadiens et les Canadiennes et notre système de soins de santé.

Ensemble, nous sommes capables et nous ferons mieux.

Toujours solidaire,



Linda Silas  
présidente de la FCSII

# Actions stratégiques prioritaires

## *Pour résoudre les difficultés immédiates en matière de rétention des infirmières et infirmiers*

- Le gouvernement fédéral devrait établir des normes pour les soins minimums, y compris les ratios infirmière-patients, et appuyer la distribution et la mise à l'échelle d'initiatives prometteuses dans d'autres collectivités publiques.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient distribuer et mettre à l'échelle les initiatives de rétention fondées sur des données probantes avec des investissements ciblés en partenariat avec les employeurs et les autorités sanitaires.
- Les employeurs devraient promouvoir des milieux de travail sécuritaires, sains et solidaires en ajoutant des postes de soutien pour réduire les tâches non liées aux soins infirmiers et mettre en œuvre des processus pour alléger les charges de travail.

## *Pour encourager le retour des infirmières et infirmiers dans le réseau de santé public*

- Le gouvernement fédéral devrait créer une agence publique de main-d'œuvre pour employer des infirmières et infirmiers et d'autres travailleurs de la santé mobiles autorisés à s'occuper temporairement des secteurs où les besoins sont élevés.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient financer des programmes souples de retour à la pratique.
- Les employeurs devraient fournir un programme de mentorat et d'autres options de soutien pour faciliter le retour au travail des infirmières et infirmiers.

## *Pour intégrer les infirmières et infirmiers formés à l'étranger actuellement au Canada*

- Le gouvernement fédéral devrait accroître le soutien aux programmes de formation relais et de mentorat pour les infirmières et infirmiers formés à l'étranger afin de permettre leur intégration plus opportune en partenariat avec les provinces et les territoires.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient financer et encourager les organismes de réglementation à simplifier le processus de reconnaissance des compétences des infirmières et infirmiers formés à l'étranger par le biais d'une formation relais rémunérée.
- Les employeurs devraient mettre en place des outils pour simplifier l'intégration des infirmières et infirmiers formés à l'étranger, notamment des programmes de mentorat rémunérés et un soutien de la part des infirmières et infirmiers expérimentés au sein de la pratique.

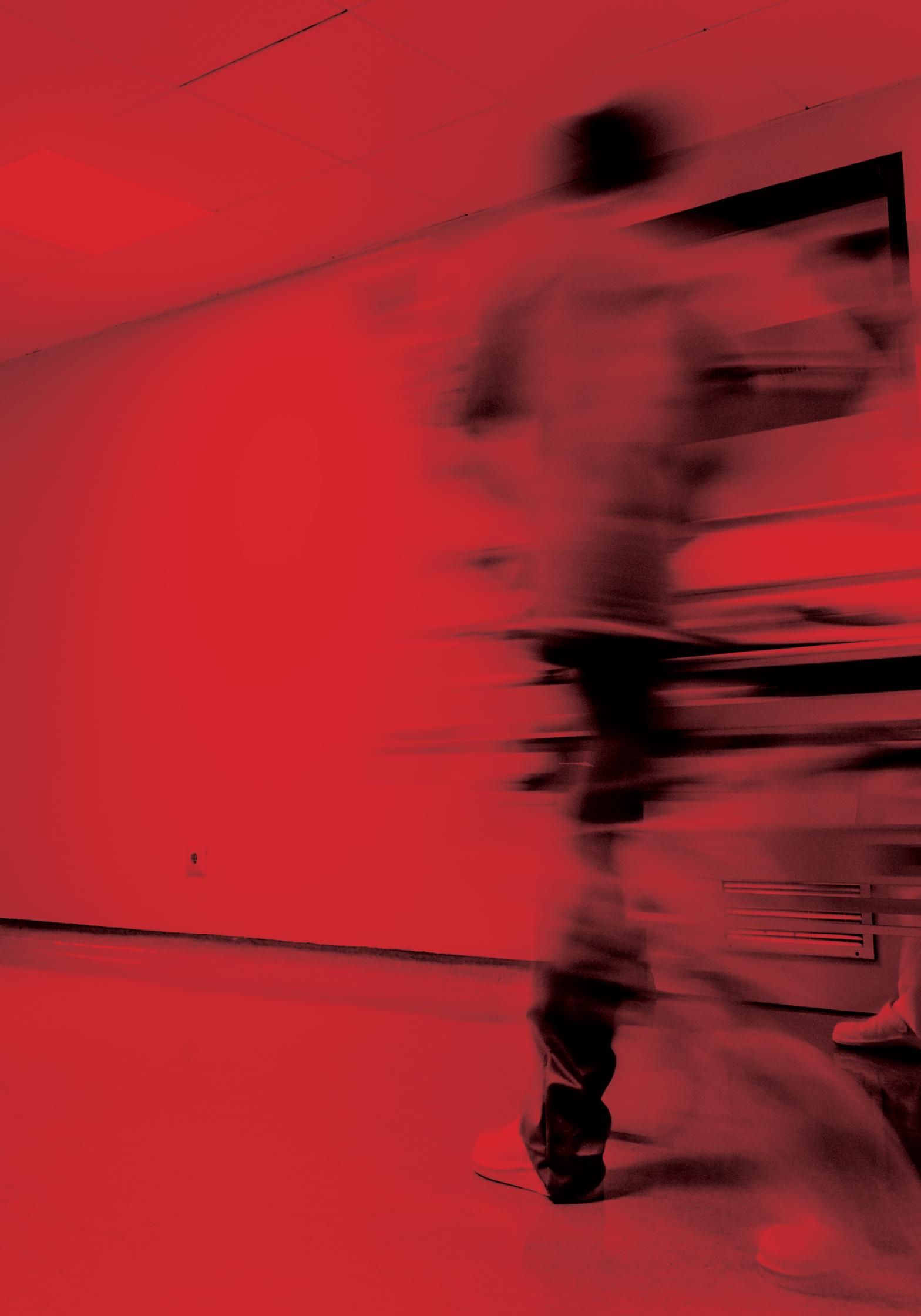
## *Pour améliorer de manière stratégique les parcours de recrutement bien encadrés*

- Le gouvernement fédéral devrait appuyer le recrutement stratégique d'infirmières et d'infirmiers dans les instituts d'enseignement pour augmenter les inscriptions et cibler l'aide aux frais de scolarité pour le travail dans les communautés et les secteurs mal desservis.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient améliorer les programmes d'embauche d'infirmiers étudiants afin de faciliter la transition vers l'emploi et l'accréditation des compétences pour que les infirmières et infirmiers puissent gravir les échelons.

- Les employeurs devraient appuyer la capacité du corps professoral clinique d'augmenter les inscriptions par le biais de détachements financés en partenariat avec les universités et les collèges.

***Pour améliorer la planification du personnel infirmier et l'intégrer à des outils numériques***

- Le gouvernement fédéral devrait former une agence de main-d'œuvre en santé qui appuie l'amélioration des données relatives au personnel infirmier et autres effectifs et des outils numériques que les employeurs et les autorités régionales pourront intégrer à leur planification.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient entreprendre ou rétablir la planification continue des soins infirmiers en collaboration avec les partenaires du personnel infirmier.
- Les employeurs devraient utiliser les systèmes d'information sur les ressources humaines pour intégrer la planification continue de la dotation en personnel infirmier.



# Sommaire

## *Difficultés auxquelles fait face la profession infirmière*

Le personnel infirmier, en l'occurrence les infirmières et infirmiers autorisés (inf.), les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (inf. aux. aut.), les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (inf. psy. aut.) et les infirmières et infirmiers praticiens (IP), est aux prises avec de nombreux enjeux complexes interconnectés, notamment des pénuries chroniques, une dotation inadéquate, des charges de travail excessives, des heures supplémentaires obligatoires, des lieux de travail toxiques et la violence endémique. La pandémie a aggravé ces difficultés en plus d'introduire de nouvelles préoccupations concernant l'exposition professionnelle, les problèmes de surcapacité et la profonde détresse morale. Se sentant méprisés, frustrés et dépassés et exerçant peu de contrôle sur la façon dont elles et ils pratiquent leur profession avec peu ou pas d'équilibre travail-vie personnelle, bon nombre d'infirmières et infirmiers sont partis et beaucoup d'autres envisagent de quitter leurs postes à temps plein. Cette situation laisse peu d'espoir à ceux qui restent dans la profession, à moins que des mesures claires, décisives et coordonnées soient prises pour changer ce contexte désastreux.

## *Comment en sommes-nous arrivés à ce point?*

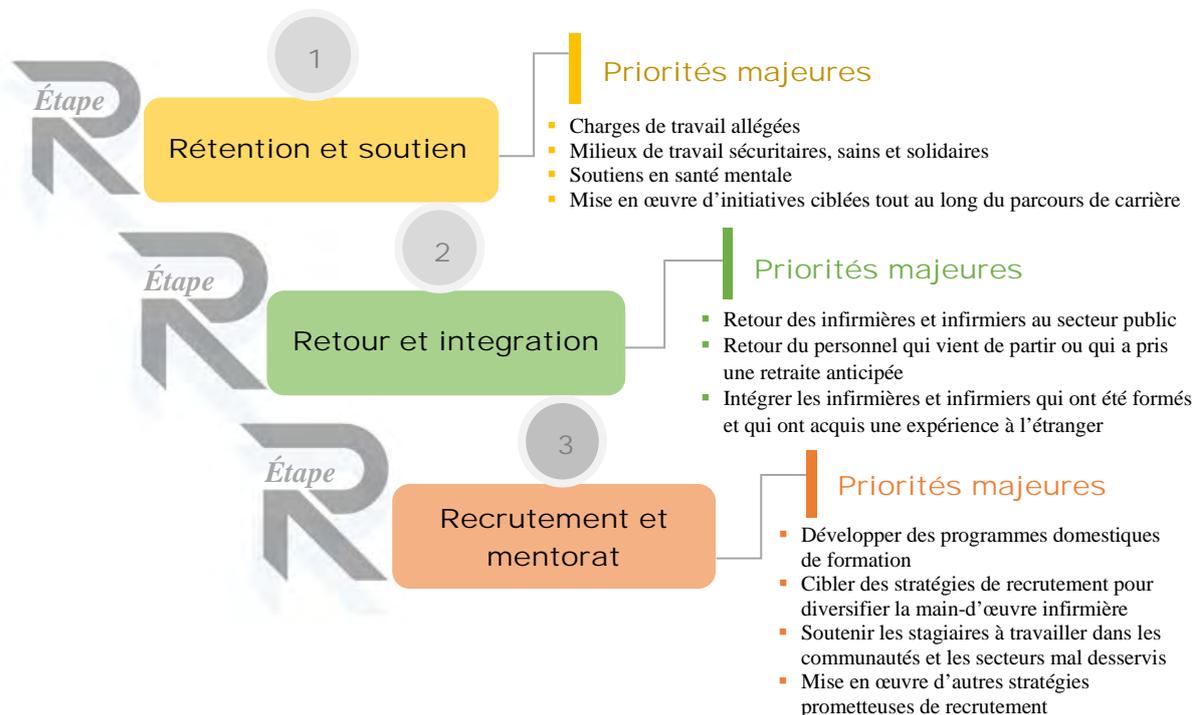
Depuis plus de 20 ans, de très nombreux rapports dressent le portrait des conséquences sur le domaine des soins infirmiers engendrées par plusieurs problèmes systémiques. Bien que le gouvernement fédéral et les provinces et territoires aient mis en œuvre un certain nombre de stratégies et d'initiatives au début des années 2000 pour remédier à la pénurie de personnel infirmier, bon nombre d'entre elles ont été ponctuelles et de durée limitée. De plus, elles n'ont pas réussi à s'attaquer à la nature systémique et interconnectée des défis auxquels sont confrontés les infirmières et infirmiers, bon nombre étant liés à une mauvaise planification pour l'ensemble de la main-d'œuvre infirmière.

## *Répercussions sur les infirmières et infirmiers, les patients et le système de santé*

Ne pas aborder ces questions chroniques liées au personnel infirmier a des répercussions graves qui s'étendent au-delà de la main-d'œuvre. La sécurité des patients, la qualité des soins et la viabilité du système de santé sont également à risque. Il existe de nombreuses données établissant un rapport entre le manque de personnel infirmier et les soins non faits et les taux de morbidité et de mortalité des patients. La persistance de ces problèmes envenimera la crise actuelle, accentuera les disparités en matière de soins de santé dans tout le pays et entraînera des répercussions économiques négatives. En effet, en plus d'être essentiel en raison des services qu'il fournit, le domaine de la santé est un secteur clé employant plus de 10 % des Canadiens, le groupe le plus nombreux étant les infirmières et infirmiers. Les dépenses de santé représentent près de la moitié des budgets provinciaux et territoriaux et plus de 8 % du produit intérieur brut (PIB) du Canada, ce qui rend le manque de planification dans ce secteur encore plus scandaleux.

## Quelles sont les solutions pour l'avenir?

Étant donné que la pénurie de personnel infirmier est également une crise mondiale, nous devons mettre en œuvre une série de solutions coordonnées judicieusement échelonnées et fondées sur des données probantes *provenant du Canada* pour contrer ce problème complexe à plusieurs niveaux. Cette série commence par la **réétention** des infirmières et infirmiers, encourage le **retour** des infirmières et infirmiers qui sont partis et tient compte du **recrutement** local dans cet ordre de priorité. Les infirmières et infirmiers d'un océan à l'autre méritent le respect et la reconnaissance pour le rôle essentiel qu'elles et ils jouent dans le réseau des soins de santé. Il est essentiel d'écouter leurs préoccupations et de mettre en œuvre les solutions proposées pour faire face à la crise qui se déroule au sein de notre système de santé.



Nous commençons stratégiquement par l'étape fondamentale consistant à **retenir et à soutenir** le personnel infirmier existant. Beaucoup comparent le personnel infirmier à un patient dans un état critique qui doit être stabilisé. Parmi les principales stratégies à adopter, il faut :

- alléger les charges de travail excessives des infirmières et infirmiers;
- favoriser des milieux de travail sécuritaires, sains et solidaires ;
- soutenir la santé mentale des infirmières et infirmiers; et
- mettre en œuvre des initiatives de rétention ciblées, en tenant compte du cheminement des infirmières et infirmiers, du début à la fin de leur carrière.

La prochaine étape, souvent négligée, consiste à favoriser **le retour** du personnel infirmier qui vient de partir et **l'intégration** des infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui sont au Canada et dont les compétences sont sous-utilisées.

Parmi les principales stratégies à adopter, il faut :

- encourager les infirmières et infirmiers des établissements privés à revenir vers le secteur public;
- faciliter le retour du personnel qui vient de partir et qui a pris une retraite anticipée; et
- intégrer les infirmières et infirmiers qui ont été formés et ont acquis de l'expérience à l'étranger.

Par la suite, il faut *recruter et encadrer* les nouveaux stagiaires pour bâtir un système stable.

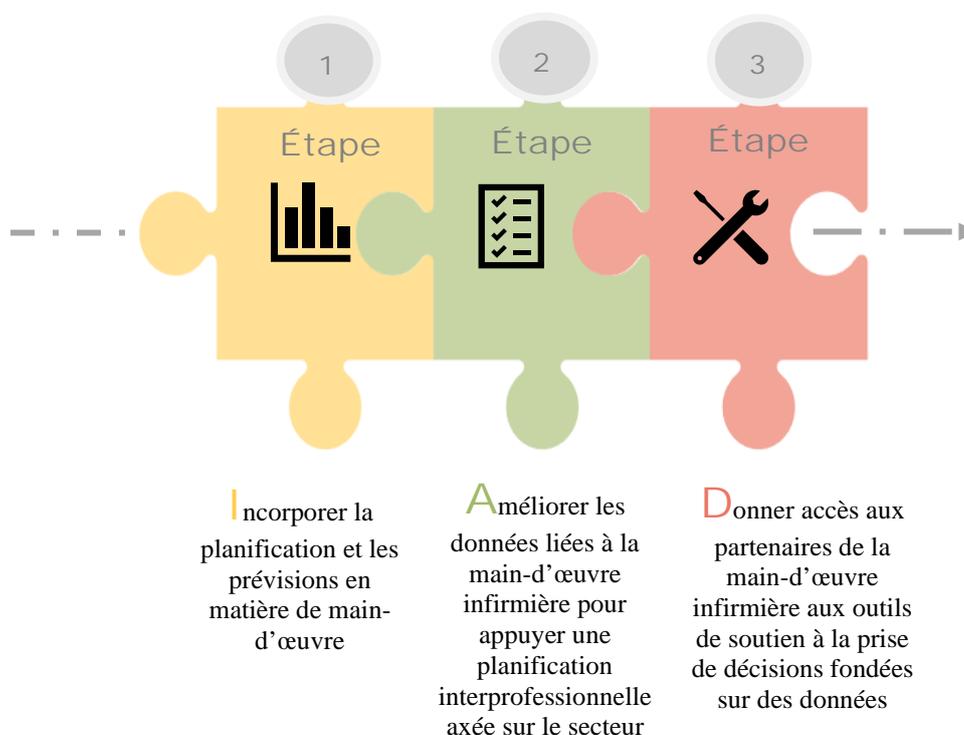
Parmi les principales stratégies à adopter, il faut :

- élargir les programmes de formation nationaux, avec un recrutement ciblé pour diversifier le personnel;
- encourager les stagiaires à travailler dans les communautés et les secteurs éloignés, ruraux et mal desservis par le biais de primes incitatives de recrutement prometteuses.

Un quatrième « R » intersecte ces étapes et désigne le *respect* envers les infirmières et infirmiers et leur présence à la table des décisions importantes.

## ***La planification des effectifs aidera à traverser les crises futures***

Étant donné que les principales causes de la crise actuelle sont attribuables à une planification inadéquate des effectifs infirmiers et du personnel de santé en général, il est nécessaire de miser stratégiquement sur les étapes suivantes :



Tout d'abord, ***intégrer la planification et les prévisions du personnel infirmier*** à la planification continue : comme il n'y a pas eu de planification continue et complète du personnel infirmier au niveau provincial/territorial ou pancanadien entreprise ou mise à la disposition de l'ensemble des intervenants du personnel infirmier depuis plus d'une décennie, les données existantes devraient être utilisées pour la planification, conformément aux pratiques en cours.

Ensuite, ***améliorer les données sur le personnel infirmier*** afin d'appuyer la planification interprofessionnelle axée sur le secteur : comme les infirmières et infirmiers constituent un élément essentiel d'un personnel de santé nécessairement collaboratif, il importe de se concentrer sur la planification interprofessionnelle plutôt que sur la planification cloisonnée du personnel. Une norme de données minimales inclusive, harmonisée et exhaustive pour les effectifs dans le domaine de la santé constitue une base prometteuse pour appuyer la planification intégrée. La planification intégrée permettrait aux intervenants et aux décideurs de politiques de suivre les tendances au fil du temps afin d'éclairer la planification future liée au personnel infirmier.

Puis, ***permettre l'accès à des outils d'aide à la prise de décision fondés sur des données probantes*** à une gamme de partenaires du personnel infirmier pour améliorer les résultats : il

est pratique courante d'aider les intervenants et les décideurs à élaborer un plan d'action plus robuste pour répondre à une gamme de scénarios futurs par le biais de tableaux de bord interactifs. Les outils numériques d'aide à la prise de décision fondés sur des données améliorées permettent de prendre de meilleures décisions en matière de politiques et de pratiques afin de soutenir les infirmières et infirmiers et les autres travailleurs de la santé dans tous les secteurs et tous les domaines de planification.

En s'appuyant sur les pratiques courantes dans d'autres pays membres de l'OCDE, ces trois étapes peuvent être mieux appliquées en faisant appel à une agence pancanadienne dédiée aux ressources humaines du secteur de la santé et chargée d'élaborer un plan complet, opportun et accessible pouvant prévoir les besoins et la capacité au moyen d'outils d'aide à la prise de décision fondés sur des données normalisées de haute qualité relatives aux soins infirmiers et à d'autres effectifs. Il existe des modèles canadiens qui pourraient être adoptés et adaptés par le gouvernement fédéral et qui pourraient jouer un rôle de coordination important auprès des principaux partenaires provinciaux, territoriaux, régionaux, hospitaliers et éducatifs.

### *Quels sont les avantages des solutions proposées?*

Les solutions proposées pour la rétention, le retour et le recrutement des infirmières et infirmiers, combinées à une planification intégrée et améliorée du personnel infirmier permettant une meilleure prise de décision, auront ensemble des conséquences importantes sur le personnel infirmier, les patients et la viabilité du système de santé. Elles pourraient également aider à atténuer les inégalités systémiques en matière de santé. De cette façon, ces solutions intégrées proposées feront progresser l'objectif quintuple visant l'amélioration des soins de santé, à savoir, meilleurs résultats pour la santé de la population, coûts réduits, expérience plus agréable pour les patients, bien-être des cliniciens et équité en matière de santé.

Adopter une feuille de route coordonnée à multiples facettes graduelle et fondée sur des données probantes aidera grandement à résoudre la crise actuelle, en instaurant des mesures pour mettre fin aux crises futures et pour maintenir l'effectif infirmier indispensable du Canada pour l'avenir. En outre, tout investissement dans les effectifs infirmiers et de soins de santé représente également un investissement dans le développement économique et la reprise suivant la pandémie.

Nous ne pouvons pas répondre à la crise en restant inactifs; elle coûte cher aux infirmières et infirmiers, aux patients, au réseau et à l'économie. Il est impératif que tous les paliers gouvernementaux agissent dès maintenant.

## Difficultés auxquelles fait face la profession infirmière

Au Canada, le personnel infirmier, en l'occurrence les infirmières et infirmiers autorisés (inf.), les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (inf. aux. aut.), les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (inf. psy. aut.) et les infirmières et infirmiers praticiens (IP), est aux prises avec de nombreux enjeux complexes interconnectés, notamment des pénuries chroniques, une dotation inadéquate, des charges de travail excessives, des heures supplémentaires obligatoires, des lieux de travail toxiques et la violence endémique.<sup>1</sup> Un rapport de 2020 de la FCSII a révélé que des milliers d'infirmières et infirmiers à travers le pays ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de troubles dépressifs caractérisés, de troubles anxieux généralisés et de troubles de stress post-traumatique (TSPT), et souffrent d'autres symptômes de troubles mentaux, y compris des idées suicidaires.<sup>2</sup> Ces dernières ont été liées à plusieurs facteurs de stress, notamment les charges de travail élevées et les agressions physiques. Plus de quatre infirmières et infirmiers sur cinq ont signalé au moins certains symptômes d'épuisement professionnel, et environ la moitié indiquait que la principale source de stress extrême relevait du manque de personnel pour couvrir l'unité. *Tous ces problèmes existaient avant la pandémie.*

La pandémie a non seulement aggravé ces difficultés, mais elle a aussi introduit de nouvelles préoccupations concernant l'exposition professionnelle, les enjeux de surcapacité et la profonde détresse morale. Les infirmières et infirmiers ont travaillé des millions d'heures supplémentaires involontaires (jusqu'à cinq heures de plus par semaine en 2020 par rapport à 2019).<sup>3</sup> Beaucoup n'ont pas été en mesure de prendre des vacances ou des congés de maladie, et ont travaillé avec peu ou pas de répit. Elles et ils ont aussi souvent été réaffectés dans des domaines ou des spécialités pour lesquels elles et ils n'avaient peut-être pas reçu la formation spécialisée nécessaire, exacerbant les inquiétudes face aux erreurs. La FCSII a sonné l'alarme, soulignant que la situation des infirmières et infirmiers dans tout le pays s'est considérablement aggravée depuis la première vague de la COVID-19. Selon son enquête nationale de 2022 menée auprès de 4 467 infirmières et infirmiers praticiens :

- 94 % des infirmières et infirmiers souffrent de symptômes d'épuisement professionnel.
- 45 % des infirmières et infirmiers souffrent d'épuisement grave,<sup>4</sup> une hausse par rapport au taux de 29 % avant la pandémie.<sup>5</sup>

Se sentant frustrés, dépassés et exerçant peu de contrôle sur la façon dont elles et ils pratiquent leur profession, bon nombre d'infirmières et infirmiers sont partis et beaucoup d'autres envisagent de quitter leurs postes à temps plein. Certaines et certains sont en train de passer à un travail occasionnel ou à temps partiel, tandis que d'autres choisissent de travailler dans le secteur privé, dans des agences de soins infirmiers temporaires ou encore décident de quitter la profession.

Selon l'enquête nationale de 2022 de la FCSII, plus de la moitié des infirmières et infirmiers envisagent de quitter leur emploi actuel au cours de la prochaine année. Dans ce groupe :

- 59 % des infirmières et infirmiers en début de carrière, 56 % des infirmières et infirmiers en milieu de carrière et 20 % des infirmières et infirmiers en fin de carrière pensent à quitter leur emploi actuel au cours de la prochaine année.
- 19 % des infirmières et infirmiers songent à quitter la profession.
- 41 % des infirmières et infirmiers qui souffrent de symptômes cliniques d'épuisement professionnel sont plus susceptibles de déclarer qu'elles et ils envisagent de quitter la profession.<sup>6</sup>

De plus, selon les données publiées par Statistique Canada, il y avait :

- plus de 34 000 postes d'infirmière et infirmier vacants (à l'exclusion des IP) et 126 000 postes vacants dans le secteur des soins de santé et de l'aide sociale, un sommet historique, au quatrième trimestre de 2021.
- au cours des deux années entre les quatrième trimestres de 2019 et 2021, les postes vacants en soins infirmiers ont grimpé de 133 %.<sup>7</sup>

*Cette situation laisse peu d'espoir à ceux qui restent dans la profession, à moins que des mesures claires, coordonnées et décisives soient prises pour changer les conditions causant ce contexte désastreux.*

## **Répercussions sur les infirmières et infirmiers, les patients et le système de santé**

De nombreuses preuves démontrent que le fait de ne pas aborder ces questions et préoccupations chroniques liées aux soins infirmiers nuit à la sécurité et à la qualité des soins fournis aux patients, aux résidents et aux clients. Les niveaux élevés d'épuisement professionnel et d'insatisfaction au travail en raison du manque de personnel empêchent les infirmières et infirmiers de fournir des soins de la plus haute qualité. Les soins non faits, par exemple, sont un indicateur important du manque de personnel infirmier tant dans les établissements de soins actifs que dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.<sup>8</sup> De plus, les données montrent qu'il existe un lien évident entre une dotation en personnel infirmier inadéquate et la mortalité des patients,<sup>9</sup> ce qui indique que le risque de mortalité peut augmenter de 2 % chaque fois qu'il manque une infirmière ou un infirmier pendant un quart de travail complet.<sup>10</sup> En revanche, les données révèlent que les complications que subissent les patients et la durée de leur séjour à l'hôpital diminuent quand il y a suffisamment de personnel infirmier, ce qui permet d'économiser des coûts et d'améliorer la productivité nationale.<sup>11</sup>

La persistance de ces problèmes a des répercussions économiques négatives sur le système de soins de santé. En plus d'être essentiel en raison des services qu'il fournit, le domaine de la santé est un secteur clé employant plus de 10 % des Canadiens, bon nombre étant des infirmières et infirmiers. Les dépenses de santé représentent près de la moitié des budgets provinciaux et territoriaux et plus de 8 % du PIB canadien, ce qui rend le manque de planification du personnel encore plus scandaleux.<sup>12</sup> Tout investissement dans les effectifs

infirmiers et de soins de santé constitue également un investissement dans le développement économique et la reprise suivant la pandémie.



*Les infirmières et infirmiers du Canada sonnent l'alarme : si nous ne réagissons pas rapidement à la pénurie de personnel infirmier et de personnel de santé, nous risquons une défaillance totale de notre précieux système de soins de santé public universel.*



— Linda Silas, présidente de la FCSII

## Comment en sommes-nous arrivés à ce point?

Depuis plus de 20 ans, de très nombreux rapports dressent le portrait des conséquences sur le domaine des soins infirmiers engendrées par plusieurs problèmes systémiques, notamment le nombre insuffisant de places et d'enseignants au sein des programmes de soins infirmiers, la disponibilité limitée des emplois à temps plein, les taux élevés d'attrition des infirmières et infirmiers en raison des lourdes charges de travail, les heures supplémentaires involontaires, l'insatisfaction professionnelle, l'épuisement professionnel, l'absentéisme, la violence et le manque de financement. Parmi une foule d'autres facteurs complexes interconnectés, notons le manque d'attention portée à la rétention du personnel infirmier tout au long du parcours de carrière et au vieillissement de l'effectif.<sup>13</sup>

L'*image 1* illustre certaines des causes fondamentales qui se chevauchent et qui ont mené à la persistance des problèmes dans le domaine des soins infirmiers au Canada.

**Image 1. Les causes fondamentales de la persistance des problèmes dans le domaine des soins infirmiers au Canada**



Bien que le gouvernement fédéral ait soutenu les provinces et territoires dans la mise en œuvre d'un certain nombre de stratégies et d'initiatives au début des années 2000 pour remédier à la pénurie de personnel infirmier (*image 2*), bon nombre de ces efforts visaient une fin particulière, étaient de durée limitée et ne comportaient pas de plan coordonné pour la mise à l'échelle des pratiques prometteuses. De plus, elles n'ont pas réussi à s'attaquer à la nature systémique et interconnectée des difficultés auxquelles sont confrontés les infirmières et infirmiers, beaucoup étant liées au manque de planification robuste et continue pour l'ensemble de la main-d'œuvre infirmière dans toutes les collectivités publiques et tout au long de la vie des infirmières et infirmiers.

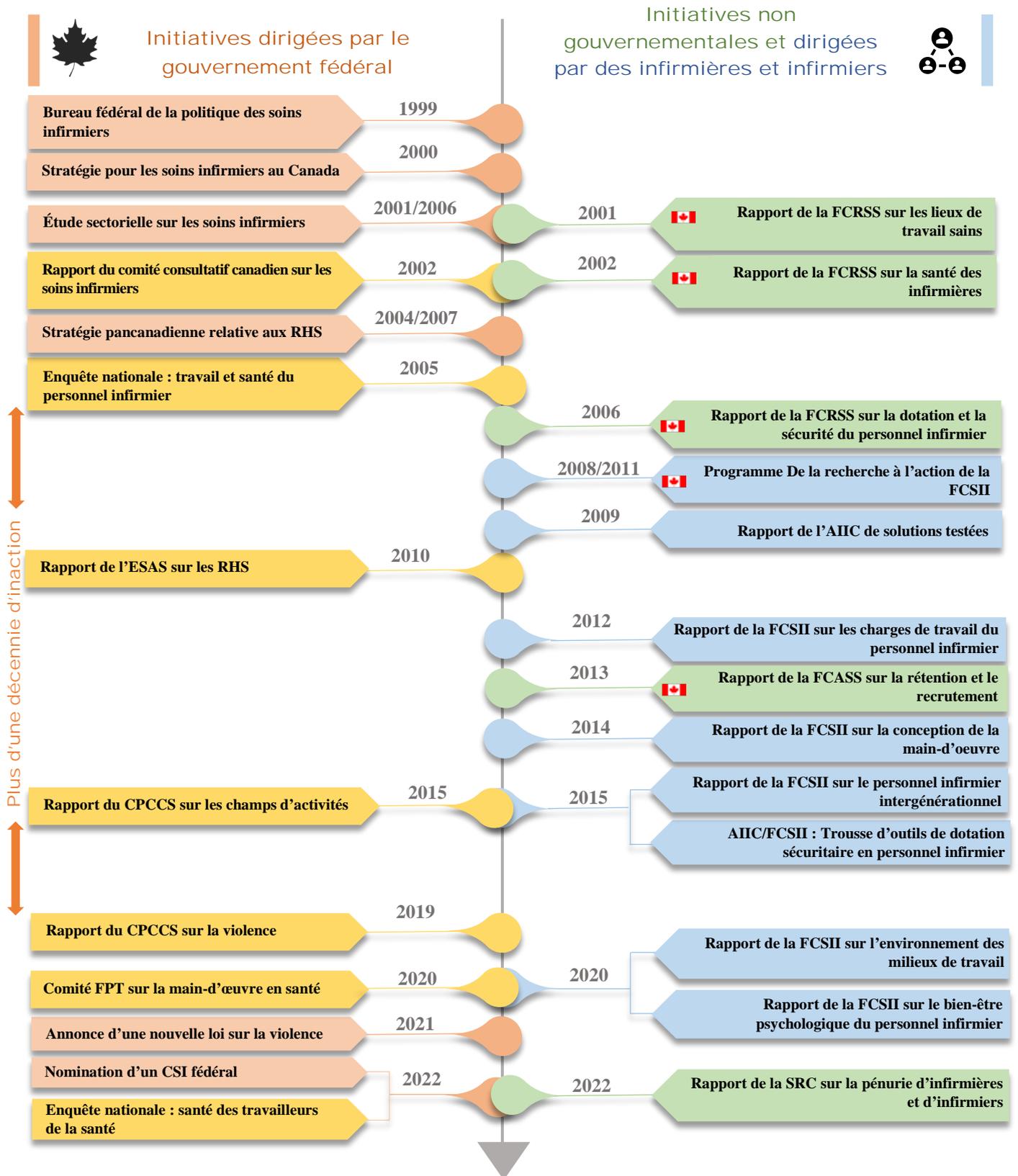


*L'approche de planification fondée sur le statu quo peut présenter des risques financiers et politiques et limiter la capacité de chaque collectivité publique à élaborer des systèmes de prestation de soins de santé durables et efficaces et à développer les ressources humaines en santé nécessaires pour soutenir ces systèmes.<sup>14</sup>*



— Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines, 2007, p. 5

**Image 2. Principales initiatives et rapports pancanadiens sur le personnel infirmier, de 1999 à 2022**



Remarque : pour les initiatives gouvernementales, les **rapports et études** sont indiqués en   les **actions** sont indiquées en    
 Les initiatives non gouvernementales sont indiquées en   et les initiatives dirigées par des infirmières et infirmiers en    
 Le drapeau canadien ■■ indique les initiatives financées par Santé Canada  
**FCSII** : Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers; **AIRC** : Association des infirmières et infirmiers du Canada; **FCRSS** : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; **RHS** : Ressources humaines en santé; **CPCCS** : Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé; **FCASS** : Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé; **CSI** : Chef des soins infirmiers; **SRC** : Société royale du Canada.  
 [FCRSS est devenue la FCASS qui est maintenant Excellence en santé Canada [ESC]]

En 1999, le Bureau fédéral de la politique des soins infirmiers a été formé pour donner aux infirmières et infirmiers et aux intervenants en soins infirmiers un bureau attitré et un personnel dévoué visant à éclairer et à appuyer la prise de décisions en matière de politiques en soins infirmiers.

La Stratégie pour les soins infirmiers au Canada a été lancée en 2000, suivie de l'étude sectorielle de 5 ans sur les soins infirmiers (2001-2006). Cette étude en deux phases visait à élaborer des stratégies à long terme conçues pour assurer un approvisionnement suffisant en infirmières et infirmiers pour répondre aux besoins de la population. La phase 1, qui s'est déroulée jusqu'en 2004, a examiné la situation de la main-d'œuvre infirmière au Canada, y compris la mobilité des infirmières et infirmiers, le marché du travail international et l'éducation en soins infirmiers au pays, ce qui a donné lieu à 15 rapports de recherche technique. La phase 2 a débuté en 2005 avec l'intention d'élaborer une stratégie nationale relative aux ressources humaines en soins infirmiers, en consultation avec les intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux et en s'appuyant sur les conclusions et les recommandations de la phase 1.

En parallèle, un Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers a publié son rapport en 2002 et, d'octobre 2005 à janvier 2006, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Statistique Canada et Santé Canada ont mené conjointement la toute première Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (ENTSPI).<sup>15</sup> L'enquête comptait plus de 18 000 infirmières. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers a recommandé que l'ENTSPI soit répétée chaque année, mais elle ne l'a jamais été.

Ces efforts axés sur les soins infirmiers s'harmonisent avec les initiatives plus vastes ciblant le personnel de santé que le gouvernement fédéral a dirigées au cours de cette période, y compris la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé (RHS) (en 2004-2005 et mise à jour en 2007-2008). Suite à cette stratégie, plusieurs initiatives relatives à la main-d'œuvre en santé financées par le gouvernement fédéral ont été lancées en 2009 et en 2010. Elles visaient l'accroissement du nombre de différents professionnels de la santé, l'utilisation plus judicieuse des compétences des travailleurs de la santé, la création de milieux de travail sains, solidaires et éducatifs, une planification et des prévisions plus pertinentes et une initiative pour les professionnels de la santé formés à l'étranger. Certaines des initiatives ont porté sur le personnel infirmier, notamment le portail NurseONE/INF-Fusion dirigée par l'AIIC : Le portail des infirmières et infirmiers du Canada et le projet De la recherche à l'action (RTA) mené par la FCSII (encadré 1).<sup>16</sup>

### ***Encadré 1 : Le projet RTA***

*Dans le cadre de son projet RTA financé par Santé Canada, la FCSII a participé à une initiative composée de divers intervenants de 2008-2011 et à laquelle collaboraient des syndicats d'infirmières et infirmiers, des employeurs et des ministères provinciaux. Les partenariats solides et l'adhésion des autorités sanitaires, des employeurs et des infirmières et infirmiers de première ligne ont permis la création d'un modèle potentiel de rétention et de recrutement pour l'avenir. Selon l'évaluation, les projets pilotes dans les neuf provinces et un territoire « se sont avérés efficaces pour améliorer les milieux de travail afin de soutenir les initiatives de rétention et de recrutement des infirmières et infirmiers », « ont considérablement renforcé le niveau de collaboration entre les principaux intervenants aux niveaux national, provincial et local » et « se sont montrés durables et transférables avec les ressources appropriées et l'adhésion <sup>17</sup>. La mise à l'échelle de ces initiatives prometteuses est restée difficile une fois que le financement a cessé.*

Parallèlement aux efforts fédéraux menés par Santé Canada, le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé (CPCCS) a étudié et publié un rapport en 2010 qui recommandait la création d'un observatoire des ressources humaines en santé (RHS) pour « promouvoir la recherche et la collecte de données sur les RHS, servir d'outil efficace de diffusion des connaissances et définir les principales priorités en matière de recherche. » Aucune de ses recommandations n'a été mise en œuvre. Une deuxième étude réalisée par le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé en 2015 portait sur le rôle du gouvernement fédéral dans les champs d'activités des travailleurs de la santé au Canada. Ses recommandations préconisaient que le gouvernement fédéral collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les autres intervenants intéressés afin d'évaluer les défis en matière de planification des effectifs de la santé, de faciliter le partage des pratiques exemplaires et des données de planification et d'encourager l'harmonisation pancanadienne des champs d'activités. Ces recommandations n'ont pas non plus été mises en œuvre. Une troisième étude menée par le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé en 2019 a formulé plusieurs recommandations pour combattre la montée de la violence que subissent les travailleurs de la santé. Bon nombre d'entre elles n'ont pas encore été pleinement adoptées. Fait important, en 2021, le gouvernement fédéral a apporté quelques modifications au *Code criminel du Canada* afin de protéger les travailleurs de la santé contre la violence et l'intimidation.<sup>18</sup>

*Les intervenants en soins infirmiers n'ont pas gardé le silence pendant ces années d'inaction du gouvernement fédéral. En l'absence d'une approche pancanadienne intégrée pour la planification des effectifs en santé, l'AIC a mandaté en 2009 un rapport sur la situation des ressources humaines en soins infirmiers. Le rapport *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada* a fourni de nouvelles projections sur la pénurie de personnel en soins infirmiers en tenant compte de l'évolution des besoins en santé de la population canadienne. Le rapport prévoyait que le Canada souffrirait d'une pénurie de*

près de 60 000 infirmières et infirmiers en 2022 si aucune nouvelle solution n'était mise en place.<sup>19</sup> Depuis, le gouvernement n'a entrepris aucune mise à jour ni mesure de planification complète relative à l'effectif en soins infirmiers.

La FCSII a également mandaté des rapports sur une gamme de sujets cruciaux, notamment sur la charge de travail des infirmières et infirmiers (2012),<sup>20</sup> la conception de l'effectif (2014),<sup>21</sup> les attentes et besoins des infirmières et infirmiers au début, au milieu et à la fin de leur carrière (2015)<sup>22</sup> ainsi que sur les traumatismes liés au stress professionnel subis par les infirmières et infirmiers comme le trouble de stress post-traumatique, le trouble dépressif caractérisé, le trouble anxieux généralisé et le trouble panique (2020).<sup>23</sup> En 2015, l'AIIC et la FCSII ont élaboré ensemble une trousse d'outils interactive en ligne sur la dotation en personnel infirmier adéquate, composée de quatre modules qui visent à promouvoir la dotation en personnel infirmier adéquate afin d'améliorer la qualité et la sécurité des soins aux patients. Ces quatre modules ont été conçus pour accroître les connaissances et les compétences des infirmières et infirmiers et des gestionnaires et mettre à leur disposition des outils pour répondre aux problèmes de sécurité des patients et aux lacunes et préoccupations en matière de pratique infirmière.<sup>24</sup>

Le plus récent partenariat de la FCSII avec le Réseau canadien des personnels de la santé (RCPS) se concentre sur un examen exhaustif des données probantes pour répondre aux préoccupations systémiques du personnel infirmier, suggérant des solutions cruciales à court et à moyen terme fondées sur des données probantes qui pourraient être adoptées par un éventail d'intervenants pour pouvoir maintenir une main-d'œuvre infirmière adéquate au sein de toutes les collectivités publiques (encadré 2).

### ***Encadré 2 : Examen rapide des solutions relatives à la main-d'œuvre infirmière par le RCPS***

*Les chercheurs du RCPS ont procédé à un examen rapide de la documentation existante sur les préoccupations, les initiatives, les activités de planification, la qualité des données et la suffisance du personnel infirmier afin de mieux comprendre les obstacles et les facteurs favorisant le maintien du personnel infirmier partout au Canada. Trois sources de données complémentaires alimentent cette analyse : (1) une analyse de l'environnement et un examen de la documentation et des politiques, (2) des entrevues individuelles et de groupe et une discussion sur les politiques avec les principaux intervenants en soins infirmiers qui a eu lieu le 25 mai 2022 et (3) un sondage rempli par les négociateurs en chef des organisations membres de la FCSII entre juillet et août 2022. À partir de ces données, un ensemble de solutions réactives et proactives à court et moyen termes qui pourraient être entreprises pour contribuer au maintien de la main-d'œuvre infirmière au Canada a été proposé.*

*Voir l'annexe 1 pour plus de détails*



***Assurer la rétention efficace des infirmières et infirmiers devrait être la pierre angulaire d'une stratégie gagnante relative au personnel infirmier. Maintenir un personnel rare et hautement qualifié aussi longtemps que possible constitue une mesure organisationnelle plus puissante et moins coûteuse que de devoir le remplacer. ...Une meilleure rétention des infirmières et infirmiers doit s'inscrire dans les objectifs clés des politiques de tout système de santé qui espère « rebâtir de manière plus solide » et doit être combinée à une approche plus vaste pour soutenir la durabilité des effectifs infirmiers.<sup>25</sup>***

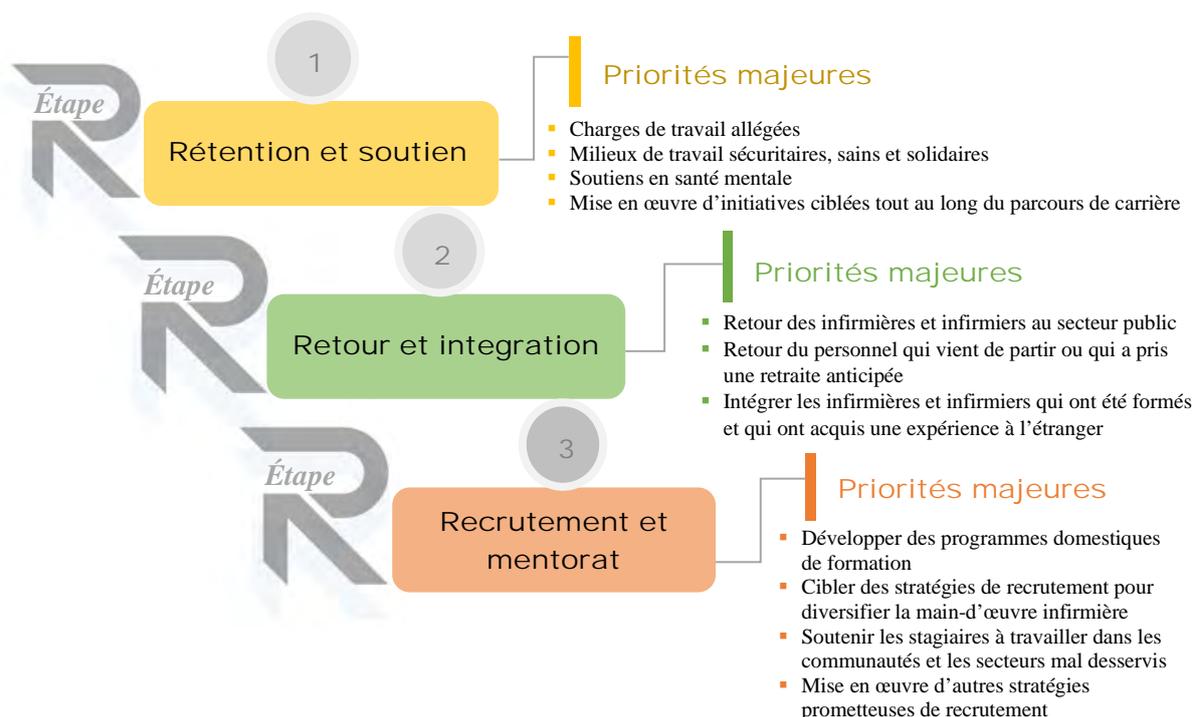


— Conseil international des infirmières, 2022, p. 46-47

À l'échelle mondiale, nous savons que la main-d'œuvre infirmière est également en crise. Le Conseil international des infirmières (CII), en partenariat avec le *International Centre on Nurse Migration* (ICNM) et la *Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools* (CGFNS), a expliqué en détail comment la COVID-19 a exacerbé la crise de la main-d'œuvre infirmière et les lacunes préexistantes de nos systèmes de santé (par ex., le manque de personnel infirmier et les ressources limitées).<sup>26</sup> Cette situation a entraîné une augmentation des troubles mentaux et de la charge de travail chez les infirmières et infirmiers et de l'incidence et des risques d'infection. Dans le rapport de 2021 du CII,<sup>27</sup> on estime que plus de 13 millions d'infirmières et infirmiers seront nécessaires pour combler l'écart mondial en personnel. Toujours selon le même rapport, le fait de se concentrer largement sur le recrutement international soulève des préoccupations éthiques concernant la répartition équitable de l'effectif infirmier entre les pays à revenu élevé et ceux à faible revenu, qui serait en contradiction avec l'esprit du Code de pratique mondial de l'OMS de 2010 portant sur le recrutement international du personnel de santé.<sup>28</sup> La mauvaise distribution et la sous-utilisation de ces ressources si nécessaires peuvent avoir des répercussions négatives sur l'atteinte d'un système universel de soins de santé dans tous les pays, ce qui fait de cette situation une « question de justice sociale transnationale » (p. 250).<sup>29</sup>

Nous aurons besoin d'une série de solutions fondées sur des données probantes *provenant du Canada* pour contrer ce problème à plusieurs niveaux complexe. Cette série commence par la rétention, encourage le retour et tient compte du recrutement local dans cet ordre de priorité (*image 3*). En effet, nous suggérons d'investir dans les infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui sont au pays et d'encourager le Canada à réduire ses efforts de recrutement d'infirmières et infirmiers dans les pays à faible revenu qui sont déjà confrontés à de graves pénuries.

### Image 3. Les trois « R » essentiels au maintien de l'effectif infirmier : rétention, retour et recrutement



## Quelles sont les solutions à plusieurs niveaux pour l'avenir?

Nous commençons stratégiquement par l'étape fondamentale consistant à *retenir et à soutenir* le personnel infirmier existant. Beaucoup comparent le personnel infirmier à un patient dans un état critique qui doit être stabilisé. Les stratégies clés mentionnées ici comprennent la réduction de la charge de travail excessive des infirmières et infirmiers, la promotion de milieux de travail sécuritaires et solidaires, le soutien de la santé mentale des infirmières et infirmiers et la mise en œuvre d'initiatives de rétention ciblées, en tenant compte du cours du cheminement des infirmières et infirmiers, du début à la fin de leur carrière. La prochaine étape, souvent négligée, consiste à favoriser *le retour* du personnel infirmier qui vient de partir et *l'intégration* au Canada des infirmières et infirmiers formés à l'étranger dont les compétences sont sous-utilisées. Les stratégies clés mentionnées ici comprennent : encourager les infirmières et infirmiers des établissements privés à revenir au secteur public, faciliter le retour du personnel qui vient de partir et qui a pris une retraite anticipée et intégrer les infirmières et infirmiers qui ont été formés et ont acquis de l'expérience à l'étranger. Par la suite, il faut *recruter et encadrer* les nouveaux stagiaires pour bâtir un réseau stable. Les stratégies clés mentionnées ici comprennent : élargir les programmes de formation nationaux pour cibler le recrutement afin de diversifier la main-d'œuvre infirmière et encourager les stagiaires à travailler dans les communautés et les secteurs éloignés, ruraux et mal desservis par le biais de primes incitatives de recrutement prometteuses.

Un quatrième « R » intersecte ces étapes et désigne *le respect* envers les infirmières et infirmiers et leur présence à la table des décisions importantes.

Dans les sections qui suivent, nous répertorions chacun des éléments interconnectés d'une série de solutions à multiples facettes fondées sur des données probantes.

## ÉTAPE 1 : Rétention et soutien

### 1. Charges de travail allégées

La charge de travail correspond au nombre et au volume de tâches et d'activités directes ou indirectes que les infirmières et infirmiers sont censés effectuer dans le temps alloué. Les activités englobent à la fois les tâches liées aux soins infirmiers, y compris les soins directs, les soins indirects (p. ex., la gestion des médicaments, la saisie des données) ou les deux, et les tâches non liées aux soins infirmiers qui peuvent comprendre toutes les activités administratives (p. ex., la gestion de l'unité, les réunions du personnel, la participation à des sessions éducatives et autres activités de perfectionnement professionnel, etc.).<sup>30</sup> La charge de travail excessive est l'un des principaux problèmes chroniques qui pèse lourd sur la main-d'œuvre infirmière canadienne depuis les années 90.<sup>31</sup> D'après la documentation de recherche sur les soins infirmiers, nous proposons les solutions suivantes pour résoudre ce problème :

#### 1.1. Un ratio infirmière-patients minimum prescrit par la loi

Les politiques en matière de ratio infirmière-patients minimum prescrit par la loi font partie des pratiques internationales de premier plan qui ont fait leurs preuves pour réduire la charge de travail du personnel infirmier, en particulier dans les établissements de soins de courte durée.<sup>32</sup> De nombreuses données montrent que l'adoption d'un ratio infirmière-patients sécuritaire a contribué de manière considérable à alléger les charges de travail excessives des infirmières et infirmiers, assurant ainsi leur sécurité et permettant aux patients de recevoir des soins adéquats de haute qualité.<sup>33</sup> Cette solution prometteuse pourrait stabiliser les équipes de travail en santé et favoriser la rétention des infirmières et infirmiers.<sup>34</sup> Pour élaborer des horaires appropriés, les calculs annuels de base de la dotation en personnel devraient tenir compte des besoins en ressources humaines prévus, y compris pour les vacances, les responsabilités familiales et le perfectionnement professionnel. Après de récentes négociations avec la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ), le Québec a, en 2018, mis en application un ratio infirmière-patients dans différents milieux de soins de santé pour aborder le problème des charges de travail excessives.<sup>35</sup> Il s'agit d'une initiative encourageante qui pourrait être mise à l'échelle. La FIQ a déclaré ce qui suit :



*Les ratios constituent une bonne mesure pour attirer et retenir le personnel. La population a été invitée à signer un appel exigeant une loi sur les ratios sécuritaires dans le secteur de la santé au Québec.*



## **1.2. Une norme de soins minimum prescrite par la loi**

La mise en œuvre d'une norme de soins minimum prescrite par la loi constitue une politique prometteuse visant à alléger les charges de travail excessives dans les établissements de soins de santé non actifs où un ratio infirmière-patients n'est pas réalisable. Par exemple, dans les établissements de soins de longue durée, une norme minimale de 4,1 heures de soins directs par résident et par jour a été proposée, les heures de soins augmentant en fonction de la complexité des résidents.<sup>36</sup> La recherche en soins infirmiers indique que l'application d'une norme de soins minimum présente des avantages importants pour les pratiques infirmières (p. ex., amélioration du rendement des infirmières et infirmiers, prestation de soins sécuritaires et compétents)<sup>37</sup> et pour les indicateurs de la santé et la qualité de vie des résidents.

## **1.3. Augmentation de la capacité de l'équipe mobile/flottante**

Bon nombre de données attestent qu'une équipe mobile est une solution rentable qui permet aux organismes de réaliser d'importantes économies en réduisant la dépendance aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre contractuelle.<sup>38</sup> Pour ce faire, nous investissons dans l'allocation de ressources et l'accompagnement professionnel des membres de l'équipe mobile afin qu'ils puissent exercer leur profession à leur plein potentiel.<sup>39</sup> Ils ont besoin d'une formation pour s'assurer qu'ils peuvent travailler avec compétence et confiance dans différentes unités. Il a été démontré que cette solution contribue positivement à améliorer la qualité du travail d'équipe et des soins aux patients, ainsi que la satisfaction et la rétention des infirmières et infirmiers.<sup>40</sup> Les organismes de soins de santé devraient investir dans la création d'équipes mobiles cohésives et hautement qualifiées pour soutenir le personnel infirmier.

## **1.4. Mise en place d'une équipe de soutien pour réduire les tâches non liées aux soins infirmiers**

Venir en aide au personnel infirmier en mettant en place une équipe de soutien au sein des établissements de soins de santé afin de réduire les tâches non liées aux soins infirmiers. Soulager le fardeau des tâches non infirmières est l'une des principales pratiques qui peut favoriser la rétention des infirmières et infirmiers.<sup>41</sup> Les employeurs devraient investir dans l'embauche d'un éventail de travailleurs de la santé (y compris des commis, du personnel administratif, des équipes de nettoyage, etc.) dans le but de réduire les tâches non infirmières et de maximiser la portée de la pratique des infirmières et infirmiers.<sup>42</sup> De nombreux intervenants en soins infirmiers préconisent de soutenir les infirmières et infirmiers en embauchant des travailleurs de la santé pour réduire les tâches non liées aux soins infirmiers :



*Je pense que les organismes doivent évoluer, en particulier au sein de certaines unités qui n'emploient pas de préposés aux bénéficiaires (PAB) dans leur modèle de soins. Vous savez, je me suis trouvé dans une situation où j'ai dû plaider pendant une année entière, donc 12 mois, pour que des PAB soient inclus au modèle de prestation des soins.*



— Participant intervenant en soins infirmiers, politique de dialogue, le 25 mai 2022

### 1.5. Outils et processus basés sur des données probantes pour régler la question des lourdes charges de travail

Adopter des outils ou des processus fondés sur des données probantes pour identifier systématiquement les problèmes de charge de travail au sein de l'organisation est un premier pas vers une stratégie d'allègement de la charge de travail. Le *tableau* suivant présente quelques exemples d'outils et de processus recommandés par les principaux intervenants en soins infirmiers qui ont participé à notre politique de dialogue.

**Tableau 1. Outils et processus fondés sur des données probantes**

<b><i>Formulaire de signalement de la charge de travail dans le cadre de la responsabilité professionnelle</i></b>	Il s'agit d'un outil encourageant négocié en Ontario pouvant être utilisé pour signaler les problèmes liés à la charge de travail des infirmières et infirmiers et à la sécurité des patients dans les hôpitaux. D'autres conventions collectives partout au Canada font appel à des outils semblables de pratique professionnelle. <sup>43</sup>
<b><i>Le processus d'évaluation des soins aux patients</i></b>	Cet outil, négocié en Colombie-Britannique, peut être utilisé pour gérer la charge de travail en soins infirmiers et maintenir des soins sécuritaires aux patients, ce qui permet aux employeurs de déterminer les besoins en soins des patients et la dotation appropriée requise pour répondre à ces besoins. <sup>44</sup>
<b><i>Surveiller six paramètres de sécurité (CLUE)</i></b>	Ce processus peut être intégré dans les systèmes de gestion de la charge de travail des TI pour évaluer, donner la priorité et répondre aux situations de soins non faits ou non satisfaits afin de déterminer la pertinence des ressources en soins infirmiers. <sup>45</sup>
<b><i>Examen du personnel de base</i></b>	Ce processus, négocié à Terre-Neuve-et-Labrador, peut servir pour analyser les méthodes de dotation de base existantes afin d'évaluer la charge de travail et la combinaison de compétences en soins infirmiers et de fournir des solutions et des mesures concrètes pour l'amélioration à l'avenir. <sup>46</sup>

### 1.6. Modèle synergique de pratique professionnelle

Adopter des modèles de gestion de la charge de travail comme le modèle synergique de pratique professionnelle pour mieux jumeler les besoins en soins des patients aux compétences des infirmières et infirmiers afin de réduire les charges de travail excessives. Le personnel infirmier peut utiliser l'outil de synergie, un outil d'évaluation des besoins des patients dérivé de ce modèle, pour prendre, en temps opportun, des décisions éclairées portant sur la dotation en personnel en tenant compte de la combinaison de compétences. Des données probantes ont

documenté l'efficacité de cet outil pour améliorer la gestion de la charge de travail dans divers milieux de soins.<sup>47</sup> Un expert universitaire dans le domaine a déclaré que l'outil de synergie a été utilisé en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Ontario :



*L'outil de synergie de caractéristiques des patients, également appelé 'outil de synergie', est un outil d'évaluation validé que les infirmières et infirmiers remplissent après leurs premières évaluations des patients/clients/résidents. L'outil compte huit caractéristiques : cinq sont fondés sur l'acuité et trois sont fondés sur la dépendance des patients, comme l'assistance à la vie quotidienne. Cet outil est considéré comme un moyen d'évaluation holistique centré sur le patient qui peut être facilement adapté à différents milieux de soins de santé. Une fois que les besoins des patients sont connus, la dotation en personnel infirmier (combinaison de compétences, niveaux de dotation) peut être déterminée de manière objective et en fonction du patient.*



— Participant intervenant en soins infirmiers, politique de dialogue, le 25 mai 2022

## **2. Favoriser des milieux de travail sécuritaires, sains et solidaires**

Des milliers d'infirmières et d'infirmiers canadiens subissent des actes de violence physique et verbale et d'incivilité dans leur milieu de travail. Une étude nationale<sup>48</sup> menée en 2020 par la FCSII a révélé que l'agression physique était le type de traumatisme le plus souvent signalé, touchant 92,7 % des infirmières et infirmiers. Des recherches nationale et internationale dans le domaine des soins infirmiers soulignent que les milieux de travail malsains ont des répercussions négatives sur les infirmières et infirmiers, ce qui entraîne des services de soins de mauvaise qualité.<sup>49</sup> Pour favoriser des milieux de travail sains, sécuritaires et solidaires, nous proposons les solutions suivantes :

### **2.1. Encourager des lieux de travail exempts de violence et d'intimidation**

La promotion d'un environnement respectueux et sécuritaire est une responsabilité partagée visant à prévenir les conséquences défavorables pour les travailleurs, les clients et les organismes.<sup>50</sup> Pour ce faire, il faut sensibiliser le public à la violence à l'égard des travailleurs de la santé par le biais d'une campagne nationale et d'un cadre pancanadien de prévention comme l'a recommandé le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé en 2019.<sup>51</sup> En outre, pour aider à prévenir la violence en milieu de travail, le nombre d'employés de sécurité disponibles devrait être accru et une formation spécialisée en matière de sécurité devrait être fournie, de même que des protocoles normalisés pour signaler la violence en milieu de travail et y répondre lorsqu'elle se produit.<sup>52</sup>

## **2.2. Adopter la norme en matière de santé et de sécurité psychologiques sur le lieu de travail**

La recherche a démontré que la norme aide à créer des milieux de travail plus sains et plus productifs.<sup>53</sup> Les employeurs devraient appliquer cette norme afin de promouvoir la sécurité psychologique des employés au sein de leurs établissements de soins de santé.

## **2.3. Bâtir des environnements de travail attentionnés**

Les employeurs devraient mettre en place des politiques visant à favoriser les relations interpersonnelles bienveillantes entre les infirmières et infirmiers, les infirmières et infirmiers gestionnaires, les autres professionnels de la santé, les patients et leurs familles. Les preuves ont été faites que cette situation favorise l'engagement, l'autonomisation et la satisfaction des infirmières et infirmiers, augmentant ainsi le sentiment d'inclusion et la rétention.<sup>54</sup>

## **2.4. Fournir un accès approprié et adéquat à l'équipement de protection individuelle (EPI)**

Depuis la première vague de la pandémie en 2020, les infirmières et infirmiers se trouvent aux premières lignes pour prendre soin des patients et de leurs familles, éduquant le public sur la façon de prévenir la transmission et mettant leur vie en danger avec des ressources de protection et de formation limitées.<sup>55</sup> Il est impératif de fournir aux établissements de soins de santé des EPI suffisants, appropriés et accessibles (p. ex., des respirateurs N95 approuvés par le NIOSH ou de l'équipement offrant un niveau de protection supérieur comme des appareils de protection respiratoire [APR] à épuration d'air motorisé ou des respirateurs en élastomère). Les données ont démontré que l'EPI peut protéger les infirmières et infirmiers et les travailleurs de la santé et réduire le risque d'attraper la COVID-19<sup>56</sup> ou d'autres vecteurs en suspension dans l'air.

# **3. Intégrer les soutiens en santé mentale**

De nombreuses infirmières et nombreux infirmiers souffrent de stress, de dépression et d'épuisement professionnel. Comme mentionné ci-dessus, la récente enquête de la FCSII a révélé des résultats alarmants, soulignant que 94 % des infirmières et infirmiers souffrent de symptômes d'épuisement professionnel et que 45 % d'entre eux souffrent d'épuisement professionnel grave, ce qui représente une hausse par rapport au taux de 29 % avant la pandémie.<sup>57</sup> Il est urgent d'accorder plus d'attention à la santé mentale et au bien-être des infirmières et infirmiers partout au Canada<sup>58</sup>. À cet égard, nous proposons les solutions fondées sur des données probantes qui suivent :

## **3.1. Consacrer des journées pour la santé mentale**

Les employeurs devraient être conscients des conséquences négatives des incidents graves sur la santé mentale des infirmières et infirmiers et promouvoir leur bien-être en leur offrant des congés pour refaire le plein et du temps et un espace pour intégrer à leur horaire une routine d'autosoins, en défendant leur cause et en facilitant l'accès aux services de santé mentale.<sup>59</sup> La plupart des intervenants qui ont participé à notre dialogue sur les politiques ont souligné l'importance de s'attaquer à la santé mentale des infirmières et infirmiers. Un expert universitaire a soutenu qu'il est impératif d'offrir aux infirmières et infirmiers des journées pour leur santé mentale :



*Je pense que l'attention portée au soutien à la santé mentale et au bien-être des infirmières et infirmiers, dans le contexte actuel, est essentielle parce que c'est dans ce secteur où se trouve le plus grand nombre de personnes qui expriment leur intention de quitter ou qui sont forcées à prendre un congé en santé mentale... il est alarmant de penser que nous pourrions aller de l'avant avec toute initiative sans aborder le manque de soutien en santé mentale pour les infirmières et infirmiers et sans immédiatement instituer un soutien à leur égard... donner au personnel un jour de congé au lieu de le forcer à prendre un congé de six mois. Je pense que la situation est vraiment grave.*



— Participant intervenant en soins infirmiers, politique de dialogue, le 25 mai 2022

### **3.2. Intégrer des programmes de soutien par les pairs (PSP)**

Ces programmes visent à fournir aux travailleurs de la santé qui éprouvent des difficultés émotionnelles un soutien émotionnel non clinique de la part de leurs pairs.<sup>60</sup> Par exemple, les ateliers Schwartz constituent un programme de soutien par les pairs qui offre au personnel de santé un espace sûr pour se réunir et explorer l'impact émotionnel et les réalités du travail en partageant son expérience par le biais de récits. Il a été prouvé que les ateliers Schwartz renforcent la résilience émotionnelle, l'empathie et la compassion pour soi et pour les autres, en plus de favoriser le travail d'équipe et le changement organisationnel.<sup>61</sup>

### **3.3. Rendre accessible la thérapie cognitivo-comportementale ciblée sur Internet (TCCI)**

Pour favoriser la rétention du personnel infirmier canadien, il est impératif de mettre en place des programmes de santé mentale durables afin d'assurer le bien-être des infirmières et infirmiers, en particulier ceux et celles qui travaillent dans les régions rurales et éloignées. Les données indiquent que la TCCI est un programme en ligne souple, accessible et économique qui a contribué à améliorer le bien-être du personnel.<sup>62</sup>

### **3.4. Intégrer des programmes de bien-être**

Il est fondamental de fournir aux infirmières et infirmiers des programmes de soutien en santé mentale différents pour les aider à gérer leur stress professionnel. Les données démontrent que les programmes de mieux-être donnent d'importants résultats positifs pour les infirmières et infirmiers, ce qui améliore leur bien-être et leur rendement au travail.<sup>63</sup>

## **4. Mettre en œuvre des initiatives de rétention ciblées tout au long du parcours de carrière**

Il est difficile de retenir les infirmières et infirmiers tout au long du parcours de carrière (p. ex., début, milieu et fin de la carrière). Chaque génération est marquée par ses propres caractéristiques et attentes vis-à-vis du travail.<sup>64</sup> À cet égard, la mise en place de programmes

de rétention fondés sur des données probantes et ciblant les infirmières et infirmiers tout au long de leur parcours de carrière est un atout pour le maintien de l'effectif infirmier.

#### **4.1. Faciliter la transition des nouveaux diplômés en soins infirmiers**

##### **4.1.1. Offrir des programmes de résidence pour les infirmières et infirmiers**

Les infirmières et infirmiers autorisés nouvellement diplômés ont besoin de soutien pour mieux s'intégrer aux milieux cliniques et pratiquer de manière sécuritaire.<sup>65</sup> Le programme de résidence pour les infirmières et infirmiers fait partie d'une stratégie de soutien conçue pour faciliter la transition des nouvelles infirmières et nouveaux infirmiers vers les milieux cliniques afin d'accroître leur engagement et leur rétention au sein de la profession infirmière.<sup>66</sup> Il est structuré et complet (se déroule généralement sur 3 à 18 mois) et comprend une formation systématique et un soutien clinique par un précepteur/mentor qualifié pour permettre aux nouveaux diplômés d'élargir leurs connaissances et d'acquérir des compétences en soins infirmiers.<sup>67</sup> Les données montrent que le programme de résidence pour les infirmières et infirmiers peut contribuer à la rétention des infirmières et infirmiers<sup>68</sup> et propose une approche novatrice économique par rapport aux approches plus traditionnelles.<sup>69</sup> L'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) a récemment élaboré un programme de résidence national basé sur les compétences d'une durée de six mois à l'intention des établissements de soins de santé afin de soutenir les nouvelles infirmières et nouveaux infirmiers autorisés et de remédier à la pénurie actuelle de personnel infirmier signalée partout au Canada.<sup>70</sup>

#### **4.2. Soutenir la formation continue en soins infirmiers et permettre au personnel de gravir les échelons**

##### **4.2.1. Accès facilité à la formation continue**

Des données considérables soulignent l'importance de la formation continue pour favoriser le perfectionnement professionnel des infirmières et infirmiers et contribuer à leur rétention. Cette recommandation pourrait inclure une occasion de transition d'inf. aux. aut. à inf. et d'inf. à IP et d'assumer de nouvelles responsabilités dans un rôle actuel. Les gouvernements et les employeurs peuvent soutenir les infirmières et infirmiers en leur fournissant des occasions de formation pour leur permettre d'acquérir de nouvelles connaissances et compétences grâce à des programmes gratuits ou subventionnés, des cours accélérés, des horaires de travail flexibles, des congés autorisés, des programmes de transition, des occasions de formation en milieu de travail et des formations en ligne.<sup>71</sup>

##### **4.2.2. Mise en œuvre de programmes de mentorat tout au long du parcours de carrière**

Offrir des occasions de mentorat en ligne ou en milieu de travail aux infirmières et infirmiers diplômés, et ce, au début, au milieu et en fin de carrière pour encourager la rétention et soutenir leur cheminement de carrière. La recherche a révélé que les programmes de mentorat constituent une stratégie efficace et essentielle présentant des avantages évidents dans la création d'une main-d'œuvre saine et dans sa rétention.<sup>72</sup>

### 4.2.3. Adoption du modèle de perfectionnement professionnel 80/20

Ce modèle permet aux infirmières et infirmiers de consacrer 80 % de leur travail salarié à des soins directs aux patients et 20 % à des activités de perfectionnement professionnel (p. ex., participer au développement du leadership ou à des ateliers de rédaction de projets, assister à des conférences). L'évaluation de cette stratégie a montré que les infirmières et infirmiers sont satisfaits d'avoir plus de temps à consacrer aux activités de perfectionnement professionnel et a indiqué que le modèle présente divers résultats positifs, y compris une réduction des congés de maladie, des heures supplémentaires et des taux de roulement.<sup>73</sup> Cette stratégie prometteuse est fortement recommandée par de nombreux intervenants en soins infirmiers clés qui ont participé à notre dialogue sur les politiques.



*Le modèle 80/20 est un excellent moyen de garder les infirmières et infirmiers en milieu et en fin de carrière ou de ramener dans le réseau ceux et celles qui avaient peut-être choisi de prendre une retraite anticipée.*



— Participant intervenant en soins infirmiers,  
politique de dialogue, le 25 mai 2022

## 4.3. Soutenir la formation en leadership des infirmières et infirmiers

### 4.3.1. Programme de leadership et de gestion pour les infirmières et infirmiers

Il s'agit d'une stratégie d'apprentissage interactive qui peut être offerte deux jours complets par mois sur une période de quatre mois. Il est recommandé de favoriser la rétention des infirmières et infirmiers occupant des postes de direction dans tous les secteurs en leur offrant des programmes de perfectionnement professionnel afin d'accroître et de consolider leurs connaissances et leurs compétences en leadership et de leur donner plus de confiance dans leurs rôles de gestion.<sup>74</sup>

## 4.4. Soutenir les infirmières et infirmiers en fin de carrière

### 4.4.1. Offrir un programme de réduction des équivalents temps plein (ETP) avant la retraite

Ce programme a été lancé en Alberta pour offrir aux infirmières et infirmiers en fin de carrière la chance de réduire leur ETP avant leur retraite sans qu'il y ait d'incidence négative sur leur pension. Il a donné des résultats positifs pour les infirmières et infirmiers qui ont déclaré avoir plus de temps, plus d'énergie et plus de stabilité pendant le travail, ce qui leur a permis de fournir de meilleurs soins.<sup>75</sup>

### 4.4.2. Offrir un horaire plus flexible

Il a été démontré qu'offrir au personnel infirmier en fin de carrière des horaires flexibles plaît aux infirmières et infirmiers plus âgés qui ont maintenant plus de contrôle sur l'établissement des horaires et sur le nombre de jours de travail.<sup>76</sup>

#### **4.4.3. Répondre l'Initiative de maintien en poste du personnel infirmier chevronné (IMPPIC)**

Cette initiative de l'Ontario a été conçue pour retenir les infirmières âgées de 55 ans et plus en réduisant leurs tâches physiquement ou psychologiquement exigeantes pour leur permettre de fournir des soins de qualité aux patients. Dans l'ensemble, les participants ont fait état de perceptions positives quant à la capacité, au leadership et au soutien de leurs gestionnaires, ainsi que de leur intention de participer aux affaires hospitalières au sein de leur organisation.<sup>77</sup>

#### **4.4.4. Répondre le programme de postes saisonniers à temps partiel**

Cette initiative a été lancée en Alberta et donne aux infirmières et infirmiers la possibilité de désigner une période où elles et ils veulent travailler (p. ex., hiver ou été). L'évaluation du programme a révélé des résultats positifs, ce qui indique que les infirmières et infirmiers étaient très satisfaits des heures de travail et du leadership organisationnel, ainsi que de l'équilibre travail-vie personnelle qu'elles et ils ont atteint.<sup>78</sup>

#### **4.4.5. Planifier la relève**

Cette stratégie offre aux employeurs l'occasion de discuter avec les infirmières et infirmiers en fin de carrière de leurs plans et objectifs de retraite et de les soutenir si elles et ils souhaitent continuer à travailler et à mettre à profit leurs connaissances, compétences et expériences en soins infirmiers pour enrichir les services de soins aux patients.<sup>79</sup> La documentation en soins infirmiers a prouvé que la stratégie de planification de la relève est une pratique exemplaire viable pour maintenir le personnel infirmier.<sup>80</sup>

## **ÉTAPE 2 : Retour et intégration**

### **1. Retour des infirmières et infirmiers au secteur public**

Dû en grande partie aux mauvaises conditions de travail dans de nombreux établissements publics de soins de santé, les infirmières et infirmiers décident d'aller travailler dans des organismes privés où elles et ils peuvent recevoir des salaires plus élevés et mieux contrôler leurs horaires de travail.<sup>81</sup> Pour encourager le retour des infirmières et infirmiers au secteur public et sur le marché du travail dans le domaine des soins de santé plus vastes, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient allouer des ressources aux établissements de soins de santé afin d'atteindre ce qui suit :

#### **1.1. Améliorer les conditions de travail grâce à un programme d'accréditation de type Magnet**

Les hôpitaux Magnet sont considérés comme le modèle par excellence dans la pratique infirmière aux États-Unis. Ils sont définis par cinq caractéristiques fondamentales : 1) un leadership en soins infirmiers efficace; 2) une gouvernance partagée, y compris la participation directe des infirmières et infirmiers à la prise de décisions; 3) des relations interpersonnelles et entre collègues respectueuses; 4) des occasions de perfectionnement professionnel et 5) une dotation en personnel et des ressources adéquates. De nombreuses données ont mis en évidence l'efficacité de ce programme pour améliorer la culture organisationnelle des infirmières et infirmiers, leur attraction et l'augmentation de leur

satisfaction professionnelle et de leur engagement au sein de leur établissement.<sup>82</sup> L'Hôpital Mount Sinai de Toronto a été le premier établissement canadien de soins de santé à obtenir le titre d'hôpital Magnet.<sup>83</sup> En outre, l'un de nos principaux intervenants qui possède une expertise dans les environnements de type Magnet a déclaré ce qui suit :



*J'étudie les facteurs qui sont associés aux environnements de travail de type Magnet ... et je sais quelle différence ils peuvent faire. L'un de mes objectifs a été de transposer ces facteurs de type Magnet au contexte de travail canadien.*



— Participant intervenant en soins infirmiers,  
politique de dialogue, le 25 mai 2022

### **1.2. Hausser les salaires et les avantages sociaux**

Offrir des salaires et des avantages concurrentiels est un facteur important qui favorise la motivation et la satisfaction au travail des infirmières et infirmiers. Verser des salaires proportionnels aux compétences, aux efforts, aux responsabilités et aux conditions de travail a des répercussions positives chez les infirmières et infirmiers.<sup>84</sup>

### **1.3. Répandre l'initiative d'enseignement en soins infirmiers**

Ce programme de subventions éducatives a été lancé en Ontario et vise à offrir à toutes les infirmières et tous les infirmiers l'accès à la formation continue et aux occasions de perfectionnement professionnel. Il permet aux infirmières et infirmiers de soumettre une demande de remboursement des frais de scolarité liés à leur inscription à un cours, des congrès, des séminaires et des ateliers auxquels elles et ils souhaitent assister afin d'accroître leurs connaissances et leurs compétences.<sup>85</sup> Ce programme fait partie de ceux qui ont nécessité le soutien des employeurs et des infirmières et infirmiers pour se poursuivre. Il a même étendu sa portée à tous les autres secteurs de la santé, y compris les soins primaires, les soins à domicile et les établissements de soins de longue durée, pour n'en nommer que quelques-uns.<sup>86</sup>

### **1.4. Créer une agence publique pour les infirmières et infirmiers mobiles**

Pour répondre aux besoins urgents, mais temporaires en infirmières et infirmiers pour la consolidation des services dans certaines collectivités publiques, certains secteurs et certains établissements, une agence publique de la main-d'œuvre pourrait employer des infirmières et infirmiers mobiles et d'autres travailleurs de la santé autorisés. Le Plan d'action pour la médecine rurale, élaboré par le Collège des médecins de famille du Canada et la Société de la médecine rurale du Canada, a proposé un service canadien de médecine rurale pour offrir une main-d'œuvre qualifiée prête et capable de travailler dans les milieux ruraux des provinces et territoires, par la délivrance d'une autorisation spéciale de pratique au niveau national.<sup>87</sup> Les intervenants ont considéré l'intégration des infirmières et infirmiers dans un tel service comme une approche prometteuse non seulement pour les régions rurales et éloignées.

## **2. Retour du personnel qui vient de partir ou qui a pris une retraite anticipée**

L'incapacité à mettre en œuvre des stratégies efficaces à long terme a conduit de nombreuses infirmières et de nombreux infirmiers qui travaillent dans des établissements publics à quitter leur emploi ou la profession infirmière. Une enquête nationale de la FCSII menée en 2022 a révélé que 27 % du personnel cherche un autre emploi en soins infirmiers, 19 % a l'intention de quitter la profession et 7 % envisage de prendre sa retraite.<sup>88</sup> L'intention de quitter son emploi actuel est plus courante chez les infirmières et infirmiers en début de carrière comparativement aux autres groupes. En nous fondant sur la documentation relative aux soins infirmiers et sur notre dialogue sur les politiques avec des experts clés, nous proposons les solutions suivantes :

### **2.1. Soutenir un programme flexible de retour à la pratique**

Il faut offrir des programmes flexibles de retour à la pratique pour encourager ceux et celles qui viennent de partir ou qui ont pris une retraite anticipée à retourner au travail. Les données ont montré que le fait d'avoir plus de souplesse dans la conception et la prestation de ce genre de programme a encouragé de nombreux infirmières et infirmiers à retourner au travail.<sup>89</sup>

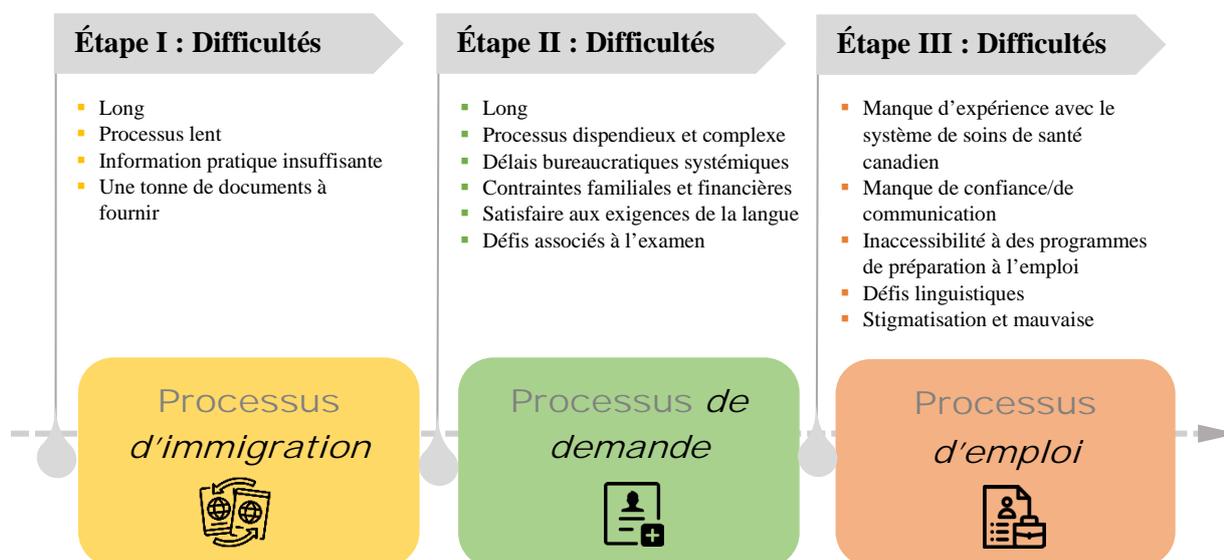
### **2.2. Fournir des occasions de mentorat et de préceptorat comme stratégies pour inciter le retour au travail**

Il faut offrir aux infirmières et infirmiers qui viennent de partir et à ceux et celles qui ont pris une retraite anticipée une occasion de retourner au travail grâce à des programmes de mentorat et de préceptorat visant à améliorer leurs connaissances, leurs compétences et leur expertise pour leur retour à la pratique.

## **3. Intégrer les infirmières et infirmiers au Canada qui ont été formés et qui ont acquis une expérience à l'étranger**

Considérés comme « une source inexploitée de ressources en soins infirmiers », <sup>90</sup> il pourrait y avoir des milliers d'infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui vivent déjà au Canada et qui sont en chômage ou sous-employés, luttant contre le processus d'obtention de permis d'exercice complexe, coûteux et long qui les empêche d'utiliser leur expertise et leurs connaissances pour travailler en tant qu'infirmières et infirmiers au Canada.<sup>91</sup> *L'image 4* illustre les obstacles auxquels sont confrontés les infirmières et infirmiers formés à l'étranger dans le cadre de leur parcours allant de l'immigration à la reconnaissance des permis d'exercice et à l'emploi.

**Image 4 : Obstacles liés à l’immigration, à la demande d’autorisation d’exercice et à l’emploi auxquels sont confrontés les infirmières et infirmiers formés à l’étranger dans le cadre de leur parcours vers l’intégration**



Pour aider à relever ces défis, le gouvernement fédéral, en collaboration avec les autorités de réglementation provinciales et territoriales et d'autres intervenants dans le processus de délivrance de permis et d'intégration du personnel infirmier formé à l'étranger, devrait déployer les mesures nécessaires pour faciliter les processus de reconnaissance des titres de compétence, d'autorisation d'exercice et d'emploi par le biais des solutions suivantes :

### **3.1. Accélérer le processus d'immigration pour le personnel infirmier formé à l'étranger et déjà au Canada**

Il existe un certain nombre de programmes d'immigration fédéraux, provinciaux et territoriaux pour appuyer le personnel infirmier formé à l'étranger qui vit au Canada, notamment le [Programme fédéral des travailleurs qualifiés](#) et les [programmes des candidats des provinces \(PCP\)](#).<sup>92</sup> En 2021, le gouvernement du Canada a annoncé une politique publique temporaire visant à permettre aux ressortissants étrangers qui travaillent dans des professions essentielles (y compris les soins infirmiers) au Canada, à l'extérieur du Québec, d'obtenir leur résidence permanente dans une période plus courte.<sup>93</sup> Ce nouveau programme – [de la voie d'accès de la résidence temporaire à la résidence permanente](#) – pourrait être prolongé pour fournir un processus plus rapide aux infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui sont déjà au Canada.

### **3.2. Simplifier le processus de demande**

Les principaux obstacles auxquels fait face le personnel infirmier formé à l'étranger pour la demande d'autorisation d'exercice sont liés au processus à plusieurs étapes impliquant de nombreux organismes, lequel peut entraîner des délais de traitement longs et coûteux et décourager les infirmières et infirmiers formés à l'étranger à poursuivre leur démarche.<sup>94</sup> Le personnel infirmier formé à l'étranger qui désire exercer la profession infirmière au Canada, à l'exception du Québec, doit commencer le processus en soumettant une demande nécessitant

plusieurs documents auprès du [Service national d'évaluation infirmière \(SNEI\)](#); ce processus prend souvent un an. Par la suite, une infirmière ou un infirmier formé à l'étranger peut présenter une demande pour obtenir l'autorisation d'exercer à titre d'inf. aux. aut., d'inf. ou d'IP dans la province de son choix.<sup>95</sup> Souvent, la personne doit soumettre aux organismes de réglementation des documents similaires qu'elle a précédemment envoyés au SNEI, une démarche qui pourrait être simplifiée en fonction du rôle de chaque organisme dans le processus de demande d'autorisation d'exercice.<sup>96</sup> Il peut aussi y avoir une autre exigence (avec des coûts associés) nécessitant la participation à un programme de transition offert en ligne ou en personne par des collèges et des universités collaborateurs. Pour accélérer le processus, le gouvernement du Manitoba aide les infirmières et infirmiers formés à l'étranger en couvrant les frais associés à l'accréditation et en ordonnant à l'Ordre des infirmières et des infirmiers autorisés du Manitoba à permettre aux personnes formées à l'étranger déjà titulaires d'une licence dans d'autres juridictions de travailler au Manitoba.

### **3.3. Faciliter le processus d'emploi et d'intégration**

Les infirmières et infirmiers formés à l'étranger devraient être considérés comme une ressource riche et précieuse qui contribue à la diversité de la main-d'œuvre infirmière canadienne. Certains guides remarquables fondés sur des données probantes ont été élaborés pour favoriser l'embauche et l'intégration des infirmières et infirmiers formés à l'étranger.<sup>97</sup> Le guide *Internationally Educated Nurses: An Employer's Guide* offert sur le Web a été élaboré pour aider les employeurs du domaine des soins de santé à embaucher et à intégrer des infirmières et infirmiers formés à l'étranger en Ontario, par exemple. L'évaluation de la convivialité de cette stratégie de pointe a été positive, ce qui a permis de sensibiliser davantage les employeurs aux principaux avantages de l'embauche et de l'intégration du personnel infirmier formé à l'étranger au sein de la main-d'œuvre canadienne.<sup>98</sup>

De plus, des études ont révélé qu'il y a un écart entre la disponibilité et la demande en programmes de soutien visant à faciliter l'intégration des infirmières et infirmiers formés à l'étranger, soulignant le caractère prometteur de l'[Initiative Orientation de carrière pour les infirmières et infirmiers formés à l'étranger](#) en Ontario qui pourrait être étendue à d'autres provinces.<sup>99</sup> Cette initiative a été lancée en 2014 pour aider les infirmières et infirmiers formés à l'étranger à trouver un emploi après leur inscription à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIIC), pour leur fournir des postes de transition qui faciliteront leur intégration à la pratique et pour promouvoir leur rétention dans le milieu des soins de santé.<sup>100</sup> De plus, des partenariats de collaboration pourraient être établis entre les établissements de soins de santé et le [Centre for Internationally Educated Nurses \(CARE\)](#), qui propose une gamme de programmes de mentorat pour faciliter l'intégration des infirmières et infirmiers formés à l'étranger à l'effectif canadien.<sup>101</sup>

En bref, pour appuyer les infirmières et infirmiers formés à l'étranger, il est important de réduire les coûts, d'accroître la vitesse de traitement, de faciliter l'accès à la reconnaissance des titres de compétences, de simplifier le processus de demande d'obtention de permis d'exercice et de fournir un soutien financier et des perspectives d'emploi à ce personnel infirmier. Pour se faire, il faut s'appuyer sur les dizaines de programmes et de modèles existants qui ont fait leurs

preuves pour évaluer, guider, transitionner ou perfectionner, le cas échéant, et intégrer les infirmières et infirmiers formés à l'étranger dans nos milieux de travail canadiens.

## **ÉTAPE 3 : Recrutement et mentorat**

### **1. Développer des programmes nationaux de formation**

Comme mentionné ci-haut, la pénurie de personnel infirmier constitue une crise mondiale et le fait de se concentrer énormément sur le recrutement des infirmières et infirmiers à l'étranger soulève des préoccupations éthiques relativement à la distribution équitable de la main-d'œuvre infirmière dans les pays à revenu élevé et à faible revenu.<sup>102</sup> À cet égard, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient se concentrer stratégiquement sur des solutions locales :

#### **1.1. Accroître le nombre de places dans les programmes locaux de formation en soins infirmiers**

Pour ce faire, le nombre de membres du corps professoral en soins infirmiers, un besoin parallèle souvent négligé, devra augmenter afin de veiller à ce que la capacité soit suffisante pour former le nombre accru d'étudiantes et d'étudiants.<sup>103</sup>

#### **1.2. Accroître la capacité du corps professoral clinique pour permettre le développement de la formation infirmière**

Afin d'augmenter les places dans les programmes de formation infirmière, nous devons tenir compte de la capacité du corps professoral clinique. C'est une occasion inattendue pour retenir les infirmières et infirmiers en fin de carrière, les infirmières et infirmiers possédant une formation ou de l'expérience internationale ainsi que le personnel infirmier ayant récemment quitté et ceux et celles ayant pris leur retraite dans des rôles de formation, incluant des rôles de préceptorat.<sup>104</sup> Par exemple, des autorisations précises pourraient être développées pour les infirmières et infirmiers diplômés possédant une formation ou de l'expérience internationale pour travailler dans le milieu universitaire afin d'aborder la pénurie de titulaires de doctorat et le manque de diversité au sein du corps professoral en soins infirmiers.<sup>105</sup> Une autre stratégie prometteuse pour les employeurs consiste à développer des partenariats avec des établissements de formation en soins infirmiers par l'entremise de détachements financés. Il peut s'agir d'un prêt d'employés d'un organisme de services à un établissement de formation pour un rôle/une durée précis(e),<sup>106</sup> où toute différence de salaire peut être comblée. La recherche a indiqué que les détachements ont des résultats positifs à la fois pour les organisations hôtes et d'attache, y compris des avantages financiers pour les employeurs, permettant aux établissements de soins infirmiers de tirer avantage du corps professoral infirmier qui possède une solide expertise clinique, pour faire le lien entre la pratique théorique et celle clinique, en plus de renforcer les liens entre les organisations de santé et celles du milieu universitaire.<sup>107</sup>

#### **1.3. Offrir des programmes accumulables de microtitres de compétences**

L'obtention de microtitres de compétences accumulables est devenue une tendance pédagogique à la hausse qui vise à offrir aux étudiantes et aux étudiants des cours pouvant être

accumulés pour leur grade ou leur diplôme actuel. Les programmes de microtitres de compétences reçoivent de plus en plus d'attention de la part de plusieurs établissements d'enseignement basés en Colombie-Britannique, en Alberta, en Ontario et dans les provinces maritimes<sup>108</sup>. Les écoles de soins infirmiers pourraient investir pour mettre en œuvre ce genre de programmes afin d'appuyer les infirmières et infirmiers dans leur formation.

## **2. Cibler des stratégies de recrutement pour diversifier la main-d'œuvre infirmière**

Il est important de cultiver la diversité au sein de la main-d'œuvre infirmière afin de donner satisfaction aux patients et de rehausser les résultats de qualité.<sup>109</sup> Le racisme, l'invisibilité et la sous-représentation dans l'éducation en soins infirmiers constituent quelques-uns des obstacles contribuant au manque de diversité des effectifs infirmiers.<sup>110</sup> Pour pallier ce problème et réduire les disparités en santé, il est essentiel de cibler le recrutement de personnes autochtones, noires et d'autres couleurs ainsi que des hommes et des personnes de genres différents dans la profession infirmière.

### **2.1. Former des partenariats avec des organismes de personnes autochtones et noires en soins infirmiers**

Travailler en partenariat pour appuyer les différents stagiaires tout au cours de leur formation afin d'assurer leur rétention, encourageant une main-d'œuvre infirmière plus inclusive à travers le pays qui est plus représentative de la population du Canada. Établir des partenariats avec certains partenaires (p. ex., des associations de communautés ethniques, des employeurs et des fondations) pourrait contribuer au développement d'initiatives novatrices qui favorisent la diversité de la main-d'œuvre infirmière.<sup>111</sup> Par exemple, les employeurs pourraient travailler en partenariat avec [l'Alliance des infirmières et infirmiers noirs du Canada](#), dont la mission est de soutenir et d'habiliter les infirmières et infirmiers noirs à travers le Canada, et avec l'organisme de longue date, [Canadian Indigenous Nurses Association \(CINA\)](#).

### **2.2. Révision globale des admissions**

La révision globale des admissions est un processus d'admission exhaustif, flexible et personnalisé conçu pour évaluer les candidates et les candidats en fonction de leurs capacités, de leur expérience, de leurs particularités et de leurs évaluations scolaires afin de créer un environnement académique plus inclusif.<sup>112</sup> Une quantité considérable de données probantes indique que la révision globale des admissions constitue l'une des stratégies les plus prometteuses que les écoles et facultés de soins infirmiers peuvent adopter pour contribuer à la diversification des effectifs infirmiers.<sup>113</sup>

### **2.3. Élargir les programmes de soins infirmiers offerts en français**

Étant donné que plusieurs organisations de soins de santé ont de la difficulté à recruter des infirmières et infirmiers francophones, il serait avantageux d'accroître l'accessibilité aux programmes d'enseignement en soins infirmiers offerts en français afin d'appuyer les populations francophones, surtout en zones rurales et éloignées.<sup>114</sup> En outre, concernant les défis auxquels font face les diplômés francophones en soins infirmiers, il est important de

s'assurer qu'elles et ils bénéficient d'un accès équitable aux ressources préparatoires en français afin de faciliter leur réussite à l'examen de licence du Conseil national (National Council Licensure Examination for Registered Nurses NCLEX-RN).<sup>115</sup>

### **3. Soutenir les stagiaires à travailler dans les communautés et les secteurs mal desservis**

Une enquête nationale auprès d'infirmières et d'infirmiers autorisés en régions rurales provenant de toutes les provinces et territoires du Canada<sup>116</sup> a conclu que la proportion d'infirmières et d'infirmiers qui travaillent dans les communautés rurales et éloignées continue de décliner comparativement à la proportion de la population dans ces régions. En plus du nombre restreint d'infirmières et d'infirmiers dans tout le pays, il existe des variations et des disparités géographiques au sein des communautés mal desservies. Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient élaborer des politiques et des programmes pour soutenir les stagiaires à travailler dans les communautés et les secteurs mal desservis en :

#### **3.1. Cibler un programme de soutien pour les frais de scolarité des infirmières et infirmiers**

Le programme de soutien pour les frais de scolarité des infirmières et infirmiers de l'Ontario propose le remboursement des frais de scolarité des nouvelles infirmières et des nouveaux infirmiers qui obtiennent leur diplôme dans des communautés rurales et éloignées et qui choisissent de signer un accord de service après leur formation pour travailler au sein de communautés mal desservies.<sup>117</sup> Pendant leurs études, les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador peuvent obtenir 5 000 \$ par année sur deux ans si elles ou ils s'engagent à signer un accord de service après leur formation pour travailler au sein de régions rurales ou éloignées.

#### **3.2. Améliorer le programme d'exonération du remboursement des prêts étudiants**

Offrir davantage d'opportunités par le biais d'un programme d'exonération du remboursement des prêts étudiants.<sup>118</sup> Par exemple, le gouvernement fédéral pourrait investir davantage dans le but d'offrir ce programme pour appuyer les infirmières et infirmiers et les médecins qui acceptent de travailler dans des communautés mal desservies en régions rurales ou éloignées.<sup>119</sup> Ce programme devrait également être adapté aux autres secteurs de soins de santé difficiles à pourvoir afin d'accroître la capacité de la main-d'œuvre infirmière et de combler les lacunes existantes dans ces milieux.

#### **3.3. Améliorer le programme des étudiantes infirmières et étudiants infirmiers employés**

Cette initiative a été mise en œuvre avec succès en Colombie-Britannique et au Nunavut, endroits qui peuvent être particulièrement ciblés au secteur des soins de longue durée. Elle propose un programme de stage rémunéré conçu pour aborder les pénuries de personnel infirmier en offrant aux étudiants en soins infirmiers l'occasion de travailler jusqu'à 300 heures dans un cadre clinique afin de consolider leurs connaissances et leurs compétences cliniques et de leur permettre de participer au travail d'équipe. Plusieurs témoignages font état du fait que

ce programme appuie les infirmières et infirmiers à acquérir de l'expérience et cheminer dans leur parcours de carrière.<sup>120</sup> Plusieurs intervenants font valoir que le programme des étudiantes infirmières et étudiants infirmiers employés constitue une stratégie de recrutement fructueuse, mettant en lumière des considérations clés (c.-à-d., l'accès équitable aux programmes des étudiantes infirmières et étudiants infirmiers employés, les charges de travail pour les étudiants, le type d'activités à accomplir et le nombre d'heures cliniques nécessaires à l'obtention du diplôme). L'un de ces intervenants a d'ailleurs mentionné :



*L'une des choses qui a très bien fonctionné en Colombie-Britannique, où nous avons des partenariats entre les organisations universitaires, notre ministère de la Santé, le ministère de l'Enseignement supérieur, et aussi les employeurs en soins de santé, est que nous faisons appel au programme des étudiantes infirmières et étudiants infirmiers employés, ... par le biais duquel nous commençons à faciliter la transition des étudiants vers la pratique avant qu'elles ou ils n'obtiennent leur diplôme, et plus c'est tôt, mieux c'est.*

— Participant intervenant en soins infirmiers,  
politique de dialogue, le 25 mai 2022



#### **4. Mettre en œuvre d'autres initiatives prometteuses de recrutement**

Le soutien des infirmières et infirmiers tout au long de leur cheminement scolaire (c.-à-d. de l'école secondaire au rôle de préposé aux bénéficiaires [PAB] à infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé.e [inf. aux. aut.] à infirmière ou infirmier autorisé.e [inf. aut.] à infirmière ou infirmier praticien.ne [IP]) est d'une importance capitale pour maintenir la main-d'œuvre infirmière actuelle et future. Les solutions ciblées suivantes pourraient recouper ou correspondre à celles proposées pour soutenir les infirmières et infirmiers tout au long de leur parcours de carrière.

##### **4.1. Mettre en œuvre des programmes gratuits de soins infirmiers**

Offrir de l'éducation gratuite durant les prochaines années et des emplois permanents en créant des partenariats entre les écoles infirmières et les hôpitaux. Par exemple, aux États-Unis, l'Université Chamberlain s'est associée au Louisiana Children's Medical Center (LCMC) Health pour lancer une nouvelle initiative afin d'aborder les pénuries de personnel infirmier en couvrant entièrement les frais de scolarité pour les étudiants pendant une durée pouvant aller jusqu'à trois ans en combinaison avec une mesure incitative à l'emploi au sein de LCMC Health.<sup>121</sup>

##### **4.2. Améliorer le programme de garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers**

Miser sur cette initiative conçue pour aider les nouveaux diplômés et les nouvelles diplômées en soins infirmiers à trouver un emploi à temps plein et à leur offrir la possibilité de travailler

au sein de différents établissements (p. ex., soins à domicile, santé mentale, etc.). De plus, ce programme fournit un total de 20 semaines de financement : douze semaines pour une transition à la pratique durant laquelle le ou la diplômé(e) en soins infirmiers bénéficie de mentorat spécialisé, et huit semaines de financement à réinvestir dans le soutien aux infirmières et infirmiers existants de première ligne et leur perfectionnement professionnel.<sup>122</sup> L'évaluation de ce programme a révélé que cette stratégie avait réussi à accroître le travail à temps plein des nouveaux infirmiers et des nouvelles infirmières diplômés au sein des organisations de soins de santé.<sup>123</sup>



*Le maintien du succès pour améliorer la rétention du personnel infirmier est fort probablement associé à des interventions à politiques multiples planifiées, et peut-être échelonnées – soi-disant des « ensembles » de politiques interconnectées, plutôt que des interventions uniques.<sup>124</sup>*



— Buchan et coll., 2018, p. 18

Les solutions suggérées ne sont pas présentées ici comme une panoplie d'options à partir desquelles nous pouvons piger et choisir, mais elles devraient être envisagées comme une série intégrée pour une action coordonnée. Reconnaisant que toutes les solutions ne peuvent pas être mises en œuvre simultanément, l'Image 5 présente le classement de ces initiatives dans la discussion sur les politiques du 25 mai 2022 que nous avons tenue en compagnie de près de 40 participants intervenants en soins infirmiers.

**Image 5. Ordre de classement de stratégies prometteuses pour la rétention, le retour et le recrutement par les partenaires de main-d'œuvre en soins infirmiers**



Remarque : ■ Initiatives de rétention ■ Initiatives de retour ■ Initiatives de recrutement

Chacune de ces actions recommandées, fondées sur des données probantes correspond à d'autres actions recommandées pour déterminer une stratégie pancanadienne en matière de main-d'œuvre infirmière.<sup>125</sup> En effet, si le Canada se concentrait d'abord à investir dans des stratégies de rétention et l'élaboration de mesures novatrices pour améliorer les environnements de travail (une composante fondamentale de la rétention) et qu'il encourageait ensuite explicitement le retour des infirmières et des infirmiers ayant quitté la profession, quitté pour travailler dans des organismes privés ou quitté leur pays pour travailler au Canada, nous observerions une augmentation considérable des effectifs. Combinée à des investissements additionnels immédiats dans le recrutement, cette mesure aiderait à aborder notre crise actuelle en pénurie de main-d'œuvre infirmière.

Ces solutions fondées sur des données probantes obtiendraient encore plus de succès si elles étaient mises en œuvre par le biais d'une approche coordonnée à plusieurs niveaux en partenariat entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec des organisations qui représentent des intervenants clés en soins infirmiers. Inversement, des actions ponctuelles et non coordonnées à travers les différentes collectivités publiques restreindraient la capacité à résoudre cette crise pancanadienne. Un exemple prometteur qui pourrait inspirer les autres provinces canadiennes est le laboratoire de pensées (Encadré 3), qui a récemment été entrepris à Terre-Neuve-et-Labrador. Il correspond à une initiative collaborative entre le Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador et le Syndicat des infirmières et infirmiers autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador (SIIATNL), et il est conçu pour aborder certains défis auxquels les infirmières et infirmiers font actuellement face.

### ***Encadré 3 : Laboratoire de pensées : une initiative collaborative à Terre-Neuve-et-Labrador***

*Un événement virtuel de laboratoire de pensées de deux jours s'est tenu en avril 2022 dans le but d'examiner les préoccupations et les défis des infirmières et infirmiers. En outre, les participants se sont efforcés de suggérer des solutions pour améliorer immédiatement leurs environnements de travail et élaborer des stratégies visant à retenir et à recruter du personnel infirmier dans la province. Parmi ces mesures, trois demandes de propositions (DP) ont été émises pour :*

- 1) Une initiative de recherche de main-d'œuvre en personnel infirmier autorisé afin de comprendre le changement en termes de main-d'œuvre infirmière à Terre-Neuve-et-Labrador;*
- 2) La création d'un plan de main-d'œuvre en santé pour s'assurer que les Ténéliens reçoivent les soins appropriés au bon endroit et au bon moment;*
- 3) La revue de la dotation en personnel de base en soins infirmiers afin de mener une analyse des méthodes actuelles de dotation en personnel et suggérer des avenues prometteuses pour améliorer la situation.<sup>126</sup>*

Un autre exemple prometteur pour la mise à l'échelle est le nouveau *Bureau de recrutement des professionnels de la santé* en Nouvelle-Écosse (Encadré 4), qui a répondu de manière urgente pour combler les besoins en santé des Néo-Écossais en afin de s'assurer d'avoir suffisamment de travailleuses et de travailleurs de la santé, y compris des infirmières et des infirmiers.<sup>127</sup>

***Encadré 4 : Un nouveau Bureau de recrutement des professionnels de la santé en Nouvelle-Écosse***

*En Nouvelle-Écosse, un nouveau bureau – le Bureau de recrutement des professionnels de la santé – a récemment été instauré pour attirer et retenir des travailleurs et des travailleuses de la santé, et pour surmonter les obstacles liés aux processus de recrutement et de rétention. Ce bureau travaille actuellement avec des groupes communautaires, des partenaires (au sein de la province et à l'extérieur) ainsi qu'avec des intervenants clés, suggérant certaines initiatives créatives et novatrices afin de retenir et recruter des travailleuses et des travailleurs de la santé. Parmi plusieurs initiatives, deux stratégies sont pertinentes aux soins infirmiers :*

- 1) Offrir des mesures incitatives pour recruter et retenir des travailleuses et travailleurs de la santé hautement qualifiés afin de répondre aux besoins en santé de la population au sein de la province;*
- 2) Élaborer un programme de mentorat ainsi qu'un outil en ligne afin d'appuyer les infirmières et infirmiers novices à trouver des emplois.*

Afin de mettre en œuvre avec succès les solutions présentées ci-dessus, nous avons rehaussé la portée de notre revue en menant une enquête en ligne sur des initiatives de main-d'œuvre infirmière au plan provincial/territorial avec des négociateurs-chefs travaillant avec des organisations membres de la FCSII. Les conclusions de l'enquête ont souligné l'importance de tenir compte des nombreux facteurs qui facilitent l'accès et des obstacles avant de mettre en œuvre des solutions de rétention, de retour et de recrutement, comme indiqué dans le *Tableau 2*.

**Tableau 2. Facteurs qui facilitent l'accès et obstacles aux initiatives de rétention, de retour et de recrutement selon les représentants provinciaux des syndicats d'infirmières et infirmiers**

<b>Facteurs qui facilitent l'accès</b>	<b>Obstacles</b>
<b><i>Initiatives de rétention</i></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accès aux principaux partenaires et collaboration avec ces derniers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de collaboration entre le gouvernement et les syndicats</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Volonté politique et investissements financiers de la part des gouvernements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de collaboration de la part des gouvernements</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Initiatives incorporées aux ententes collectives</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de représentation égalitaire pour les relations patronales-syndicales</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaboration des employeurs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les employeurs prennent du temps pour mettre en œuvre les initiatives s'il n'y a pas de pression de la part du syndicat</li> </ul>
<b><i>Initiatives de retour à la pratique/intégration</i></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Volonté et soutien politique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de clarté et de ressources</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaboration entre tous les principaux partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Exigences de l'organisme de réglementation</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Participation du syndicat et bonnes relations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Difficulté à obtenir des stages et de la reconversion professionnelle des infirmières et infirmiers possédant une formation/expérience internationale</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Initiatives incorporées aux ententes collectives</li> </ul>	
<b><i>Initiatives de recrutement</i></b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soutien du gouvernement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lourdes charges de travail et grandes attentes</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ L'apparition d'une crise (p. ex., COVID-19)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence d'un ratio sécuritaire infirmière-patients</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Une véritable volonté politique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les nombreuses heures supplémentaires obligatoires</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaboration entre tous les principaux partenaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peu d'attention accordée à l'amélioration des conditions de travail</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Milieux de travail mauvais pour la santé où le moral est bas</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peu d'importance accordée au niveau d'expérience des jeunes infirmières et infirmiers</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque d'infirmières et d'infirmiers expérimentés pour offrir du mentorat au personnel infirmier possédant une formation/expérience internationale et aux nouveaux et nouvelles diplômé(e)s en soins infirmiers</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absence de planification de la main-d'œuvre au niveau provincial et local</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de collaboration entre les gouvernements et les principaux partenaires</li> </ul>

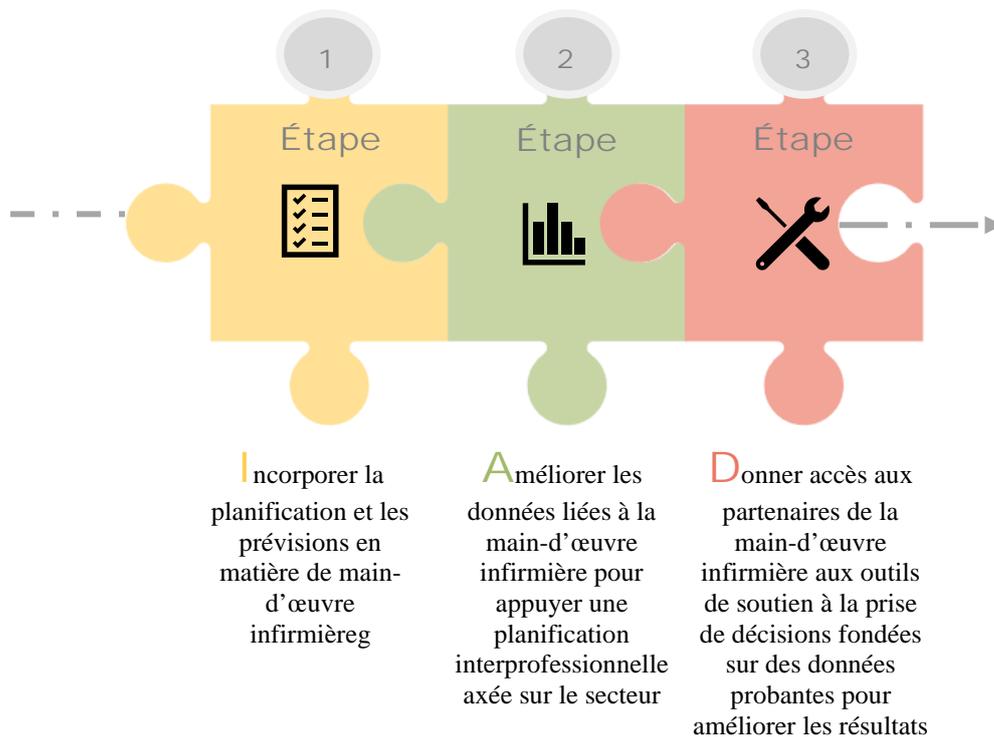
## La planification de la main-d'œuvre aidera à faire face aux crises futures

Compte tenu du fait que les principales causes de la crise actuelle de main-d'œuvre en soins infirmiers reposent sur la planification inadéquate des effectifs, le prochain ensemble de stratégies est de mettre en œuvre des pratiques exemplaires afin d'*incorporer la planification et les prévisions en matière de main-d'œuvre infirmière* comme un processus continu se servant des données existantes. Ensuite, il faut travailler dans le but d'*améliorer les données liées à la main-d'œuvre infirmière* pour appuyer une planification interprofessionnelle, axée sur le secteur plus précise. L'objectif vise à *donner accès à tous les intervenants et toutes les intervenantes de la main-d'œuvre infirmière aux outils de soutien à la prise de décisions fondés sur des données probantes* pour contribuer aux décisions futures et améliorer collectivement les résultats (*Image 6*). Chacune de ces recommandations est basée sur des pratiques exemplaires reconnues à l'échelle internationale (voir Encadré 5)

### *Encadré 5 : Pratiques exemplaires internationales pour la planification de la main-d'œuvre en soins de santé :*

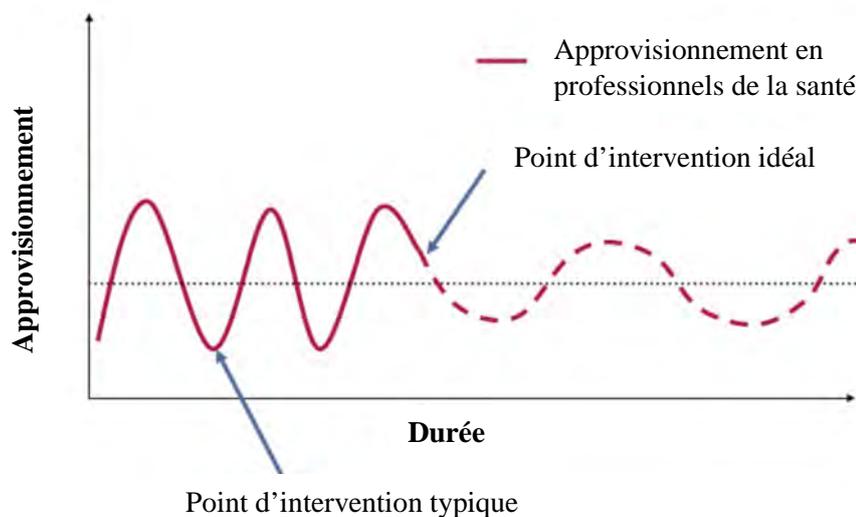
- sont *fondées sur des données probantes*, en s'appuyant sur des données de haute qualité pour influencer les évaluations liées aux exigences, à la capacité et à l'harmonisation, reconnaissant les contextes sociaux, politiques et économiques plus larges;
- sont *intégrées* et *multiprofessionnelles*, plutôt que gravitant autour d'une seule profession isolée, reflétant la réalité que les soins de santé de grande qualité sont offerts en équipes;
- adoptent une *approche fondée sur les parcours de vie*, allant des études et de l'entrée sur le marché du travail, en passant par la pratique active et ensuite la retraite et le retrait du marché du travail;
- incluent des données normalisées détaillées sur les *activités* d'une variété de professionnels de la santé, incluant les services offerts, les milieux et emplacements des soins de santé;
- sont des exercices *interactifs* qui équilibrent à la fois les données quantitatives liées aux effectifs et à l'intelligence qualitative en effectifs des intervenants clés afin d'élaborer des plans pertinents au niveau local;
- sont *itératives*, et intègrent les cycles de la planification de la main-d'œuvre et de la production de données probantes aux processus de prise de décision d'un système d'apprentissage de la santé, permettant la révision régulière des projections et la réorientation.<sup>128</sup>

**Image 6. L'approche IAD pour la planification de la main-d'œuvre infirmière**



Ces étapes additionnelles aideront la profession infirmière à affronter l'avenir à l'aide d'une planification proactive. Elles permettront d'élaborer des stratégies de durabilité, appuyant les infirmières et infirmiers et la main-d'œuvre en santé de manière plus globale. Comme le montre l'Image 7, ces activités aideront à réduire les fluctuations au sein de la main-d'œuvre infirmière pour que les décisions soient prises avant l'apparition de crises plus graves.

**Image 7. Rôle de la planification stratégique de la main-d'œuvre en santé pour « réduire » les fluctuations du surplus à la pénurie<sup>129</sup>**



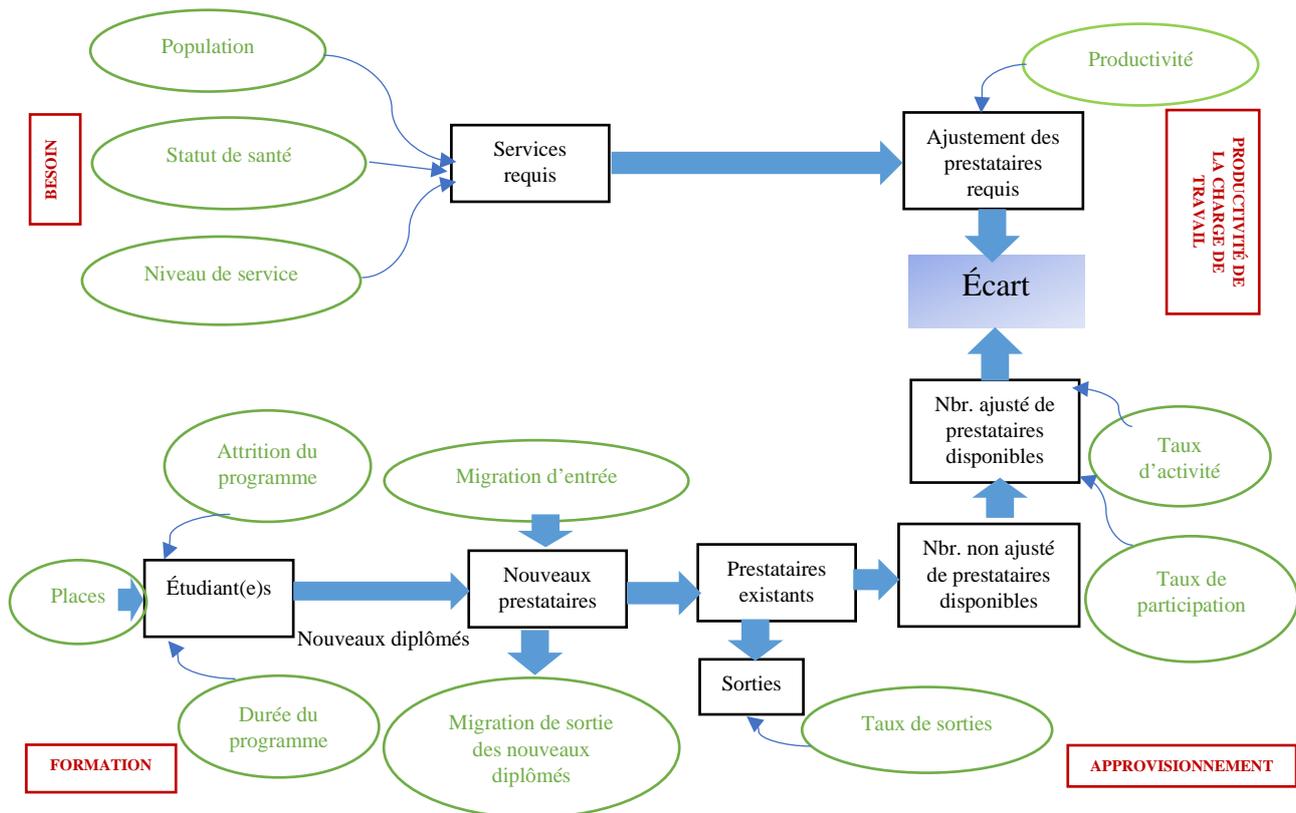
## ÉTAPE 1 : Intégrer la planification continue de la main-d'œuvre infirmière

Comme mentionné plus tôt, aucune planification continue et exhaustive de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle pancanadienne n'a été effectuée depuis le rapport de 2009 mandaté par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada de l'équipe dirigée par la D<sup>re</sup> Gail Tomblin Murphy du Centre collaborateur OMS à l'Université Dalhousie. Exposée en détail dans un article ultérieur rédigé par cette équipe,<sup>130</sup> l'approche adoptée pour les projections de la main-d'œuvre infirmière se sert des données existantes liées aux besoins en santé de la population et à la main-d'œuvre infirmière pour élaborer un modèle des flux et des stocks (*Image 8*) à partir des sources indiquées dans le *Tableau 3*.

En bref, le modèle élaboré par cette équipe souligne la voie de la formation des nouvelles et des nouveaux diplômés en soins infirmiers, qui additionnée à la migration d'entrée par les infirmières et infirmiers possédant une formation/expérience internationale constituent de nouveaux prestataires ajoutés aux stocks existants. L'usure des effectifs lors des programmes de formation, le retrait en masse et les sorties contribuent à réduire les stocks d'infirmières et d'infirmiers. Le dénombrement de ces effectifs est ensuite ajusté pour les activités et les taux de participation (p. ex., équivalent d'emploi à temps plein), et les effectifs peuvent encore être ajustés en fonction des taux de productivité. Cette estimation des infirmières et infirmiers est ensuite comparée aux besoins en santé de la population, aux données démographiques et à l'utilisation afin d'identifier les lacunes, et elle peut être rectifiée en cours de route à l'aide de différents scénarios qui modifient les chiffres pour ces voies.

Ces séries de données utilisées pour créer ce modèle demeurent disponibles et ainsi, la planification ultérieure de la main-d'œuvre infirmière à l'échelle pancanadienne ou provinciale/territoriale peut être effectuée sur une base continue. En fonction de notre analyse environnementale et des entrevues effectuées auprès des intervenants, il n'y a eu aucune planification de ce genre qui a été effectuée ou rendue publiquement disponible aux différents intervenants en main-d'œuvre infirmière afin que ces derniers prennent des décisions éclairées au cours du cheminement en formation, pratique et rétention. Par conséquent, la plupart des décisions concernant la main-d'œuvre infirmière ont été prises en l'absence des conseils que cette planification aurait pu fournir.

**Image 8 : Modèle des flux et des stocks pour la planification de la main-d'œuvre infirmière<sup>131</sup>**



**Table 3: Sources de données pour créer un modèle de planification de la main-d'œuvre infirmière basé sur les besoins de la population**

Besoins de la population		Approvisionnement de la main-d'œuvre	
Population		Formation	
Données démographiques	Recensement	Nbr d'étudiant(e)s, durée du programme, attrition, achèvement et retrait en masse	AIIC, ACESI, Enquête nationale sur les effectifs étudiants et professoraux
Besoins et niveaux de services		Offre	
Soins actifs (prévalence des blessures, prévalence des troubles chroniques, besoins non comblés autoévalués)	Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Stock existant, migration d'entrée, retrait en masse	Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés de l'ICIS (BDIIA), examen menant à l'obtention d'un permis et organisme de réglementation à temps partiel
Soins à domicile et communautaires (statut de santé autoévaluée, besoins non comblés, visites des patients)	ENSP, ESCC, Base de données sur les congés de patients (BDPC) de l'ICIS	Productivité	
Soins de longue durée (aide pour les activités quotidiennes, résidence en SLD, niveau alternatif de lits de soins dans les hôpitaux)	ENSP, ESCC, Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes (ESBI), données de l'association des hôpitaux		
		Activité, participation et productivité	BDIIA, BDPC, ESCC

Remarque : L'information est synthétisée de Tomblin Murphy, G., Birch, S., MacKenzie, A., Alder, R., Lethbridge, L., & Little, L. (2012). Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: An exercise in applied needs-based planning. *Health Policy*, 105(2-3), 192-202. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.11.009>

Notre revue a déterminé un certain nombre de considérations clés pour aborder quelques-uns des enjeux systémiques aux soins infirmiers et à la planification de la main-d'œuvre infirmière en général. Le *Tableau 4* illustre les nombreux obstacles et les facteurs qui facilitent la planification de la main-d'œuvre infirmière, qui sont ressortis de la documentation et d'un dialogue politique entrepris en avril 2022 avec plus de 20 intervenants clés en soins infirmiers que nous avons consultés pour ce projet.

**Tableau 4. Obstacles et facteurs qui facilitent la planification de la main-d'œuvre infirmière**

Facteurs qui facilitent	Obstacles
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sensibilisation aux enjeux et récents projets entrepris</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Variation dans la législation à travers les collectivités publiques</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entente nationale entre les collectivités publiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Concurrence entre les collectivités publiques</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Importance d'avoir des définitions cohérentes et des normes minimales de données terminologiques pour contribuer à la planification de la main-d'œuvre infirmière</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de définitions et de descriptions de rôles normalisées pour les soins infirmiers dans les pays et entre ces derniers</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efforts coordonnés entre les collectivités publiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de participation pour le partage des données</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Collaboration entre les infirmières et infirmiers-cadres et les organismes de réglementation en soins infirmiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Protection et confidentialité de la collecte de données</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Efforts collaboratifs entre les intervenants et les spécialistes pour obtenir une collecte de données exhaustives en temps opportun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de financement et de ressources</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconnaissance de l'importance d'avoir une collecte de données cohérentes, exactes et détaillées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Variations dans la collecte des sources de données</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Données exhaustives et de grande qualité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Données insuffisantes pour la planification</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les données sur la main-d'œuvre infirmière pour la planification devraient être longitudinales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de collectes de données de la part des organismes de réglementation et des organismes nationaux pour capturer l'attrition des étudiantes et étudiants en soins infirmiers et leurs résultats en tant que diplômé(e)s</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Les données sur la main-d'œuvre infirmière devraient être recueillies périodiquement et en temps opportun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manque de données pertinentes et accessibles en temps opportun portant sur la main-d'œuvre infirmière</li> </ul>

## ÉTAPE 2 : Rehausser les données liées à la main-d'œuvre infirmière pour appuyer la planification de la main-d'œuvre interprofessionnelle axée sur le secteur

Outre les principes d'une approche itérative de planification de la main-d'œuvre qui est fondée sur des données probantes et qui prend la forme d'une approche tout au long de la carrière, d'autres pratiques exemplaires en planification de la main-d'œuvre en santé incluent qu'elles sont *intégrées* et *multiprofessionnelles*, plutôt que de graviter autour d'une seule profession isolée, reflétant la réalité que les soins de santé de grande qualité sont offerts en équipes.<sup>132</sup> Un important facteur qui facilite la planification intégrée repose dans les séries de données contenant des éléments comparables de données – surtout du côté de la main-d'œuvre en santé. Un outil pour obtenir des séries de données normalisées est des normes minimales relatives à la gestion des données.



*Sans les séries de données normalisées minimales, aucun travail plus approfondi ne serait possible.*<sup>133</sup>



— Moulton et coll., 2012, p. 169

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a élaboré des normes minimales relatives à la gestion des données pour la main-d'œuvre en santé en 2012<sup>134</sup> qui devaient servir de guide pour les autorités de réglementation des professionnels de la santé lorsque ces derniers soumettaient volontairement des données à l'ICIS à des fins de synthèse. Malheureusement, ce projet n'a pas produit les résultats escomptés. En 2022, l'institut a actualisé et simplifié ces normes minimales relatives à la gestion des données pour adopter une approche plus normalisée à des fins de planification de la main-d'œuvre, incluant des éléments de données liées à l'équité qui étaient auparavant absents. L'ICIS s'est également associé aux enquêteurs du RCPS afin de développer des normes minimales de données plus intégrées, inclusives, et ayant été améliorées qui portaient sur une vaste gamme d'éléments de données et une plus grande sélection de professions de la santé (y compris la profession médicale), à l'aide de fonds de recherche des Instituts de recherche en santé du Canada. Dans le cadre de cet exercice pour créer des normes minimales améliorées relatives à la gestion des données, les enquêteurs du RCPS se sont inquiétés de l'inefficacité soulevée par les données sur la main-d'œuvre en santé qui sont dispersées à travers les régions et la profession, et la façon dont cela restreint une planification plus efficace de la main-d'œuvre intégrée en santé.<sup>135</sup>

La documentation à l'échelle nationale et internationale met en lumière le besoin de normaliser les données de la main-d'œuvre infirmière et met en évidence la valeur inestimable des normes minimales relatives à la gestion des données pour améliorer l'analyse et la collecte des données et contribuer à une planification plus précise et efficace de la main-d'œuvre infirmière.<sup>136</sup> La normalisation des données sur la main-d'œuvre infirmière peut permettre aux intervenants et aux responsables des politiques de suivre les tendances à long terme, qui pourraient orienter la

planification future de la main-d'œuvre infirmière<sup>137</sup>. Pour atteindre cet objectif, des efforts collaboratifs et la participation de tous les intervenants (c.-à-d., gouvernements, syndicats, organismes de réglementation, employeurs, responsables de la formation, associations, etc.) sont essentiels.

### **ÉTAPE 3 : Favoriser l'accès des intervenants en main-d'œuvre infirmière à des outils fondés sur des données probantes pour soutenir les prises de décisions afin d'améliorer les résultats**



*Grâce à l'utilisation d'outils de planification, de pratiques de gestion et de leviers politiques appropriés, les systèmes de santé peuvent faire correspondre la main-d'œuvre en santé disponible aux besoins des populations qu'ils desservent tout en augmentant l'efficience, l'efficacité et l'équité.<sup>138</sup>*



— Bourgeault et coll., 2021, p. 26

Une autre pratique internationale de premier ordre en matière de planification itérative et fondée sur des données probantes de la main-d'œuvre en santé est qu'il devrait y avoir des exercices *interactifs* qui équilibrent à la fois les données quantitatives relatives à la santé de la population et la main-d'œuvre en santé et les renseignements qualitatifs relatifs à la main-d'œuvre de la part des intervenants clés afin de produire des plans pertinents à l'échelle locale avec des résultats faciles à comprendre pour aider à mener des actions coordonnées.<sup>139</sup> Les outils interactifs ou les tableaux de bord permettent aux intervenants et décideurs d'établir différents scénarios afin d'anticiper les résultats liés aux différentes décisions qui, prises ensemble, produisent un plan d'action plus solide pour satisfaire une gamme de futurs potentiels. Trois exemples internationaux sont dignes de mention.

#### **1. Les indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail de l'OMS (WISN)**

Les indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail de l'OMS (WISN) constituent un autre outil prometteur pour la planification de la main-d'œuvre en santé qui a été mis en œuvre avec succès dans plusieurs pays (des utilisateurs de plus de 140 pays et environ 1 500 membres partagent leurs expériences pour utiliser les indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail de l'OMS).<sup>140</sup> Cet outil peut être adapté au contexte et appliqué à tous les milieux de soins de santé (c.-à-d., établissements de soins primaires à tertiaires et services d'urgence), et à toutes les professions en soins de santé, et il peut s'accompagner d'autres outils existants de planification. Cet outil peut améliorer la disponibilité des données, et ainsi, doter les planificateurs et les décideurs de renseignements exhaustifs concernant les normes de dotation, la distribution de la main-d'œuvre en santé, la modernisation des établissements de soins de santé, les besoins en personnel, l'éventail des compétences et ainsi de suite.<sup>141</sup> L'Encadré 6 présente les huit mesures techniques des indicateurs des besoins

en personnel par rapport à la charge de travail de l’OMS. Sept de ces mesures ont été évaluées dans une étude internationale Delphi comme étant « très faciles » ou « faciles » à mettre en œuvre.<sup>142</sup>

***Encadré 6 : Huit mesures techniques des indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail de l’OMS***

- 1) *Déterminer les catégories de personnel et les types d’établissements de santé prioritaires*
- 2) *Estimer le temps de travail disponible*
- 3) *Définir les composantes de la charge de travail*
- 4) *Établir des standards d’activité*
- 5) *Établir des standards de la charge de travail*
- 6) *Calculer les facteurs d’allocation*
- 7) *Déterminer les besoins en personnel*
- 8) *Analyser et interpréter les résultats de WISN*

## **2. L’outil HeaDS UPP de l’Australie**

Le ministère de la Santé et des soins aux Personnes âgées du gouvernement de l’Australie a élaboré l’outil en ligne *Health Demand and Supply Utilisation Patterns Planning (HeaDS UPP)*<sup>143</sup> qui se veut une source intégrée de données sur la main-d’œuvre et les services en santé qui contribue à la planification des effectifs et à leur analyse au sein des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux (p. ex., agences de main-d’œuvre en milieux ruraux, réseaux de soins primaires, collèges de médecins et établissements de formation régionaux). Cet outil rassemble une sélection de séries de données pour représenter géographiquement les besoins des communautés, l’utilisation des patients et la disponibilité de la main-d’œuvre. Il facilite l’évaluation des besoins en services de santé et la main-d’œuvre nécessaire pour combler ces besoins et identifie les lacunes. Cet outil a permis de fournir une infrastructure déjà prête pour une réponse plus efficace à la pandémie.<sup>144</sup>

## **3. Le tableau de bord des projections de la main-d’œuvre des É.-U.**

Le *National Center for Health Workforce Analysis* du département des ressources en santé et de l’administration des services des États-Unis a récemment publié un tableau de bord en ligne et interactif des projections de la main-d’œuvre<sup>145</sup> qui prévoit l’approvisionnement et la demande en travailleurs et travailleuses de la santé d’ici 2030. Le tableau de bord est organisé par secteur – santé connexe, santé comportementale, soins de longue durée, santé buccale, soins primaires et santé des femmes – et dans chacun de ces secteurs, on peut inclure un certain nombre de professions de la santé pour une évaluation générale de la capacité de la main-d’œuvre à répondre aux besoins en santé de la population. Le tableau de bord inclut également des scénarios intégrés qui abordent des changements possibles quant à la santé de la population

et l'approvisionnement de la main-d'œuvre qui peuvent influencer les prises de décisions à cet égard. Comme son site Web l'indique, « [e]n estimant l'approvisionnement, la demande et la distribution des travailleuses et des travailleurs en soins de santé, nous influençons les politiques publiques pour aider à prévenir les pénuries et les surplus. »



## Conclusions

Il existe un solide argument en faveur d'une action urgente de la part de tous les organismes qui représentent les intervenants clés et paliers du gouvernement pour une meilleure planification et un plus grand soutien envers nos infirmières et infirmiers, afin de créer des conditions de travail plus favorables et d'assurer leur rétention et leur retour dans le système de santé publique. Les approches ponctuelles pour le soutien et la planification de la main-d'œuvre infirmière se sont avérées être inefficaces au mieux et ont été associées à des conséquences nuisibles pour la santé et la sécurité de la population, ainsi qu'à l'accessibilité aux services de santé. Résultat? Une mauvaise distribution de la main-d'œuvre en santé, entraînant des impacts économiques importants sur le système de soins de santé.

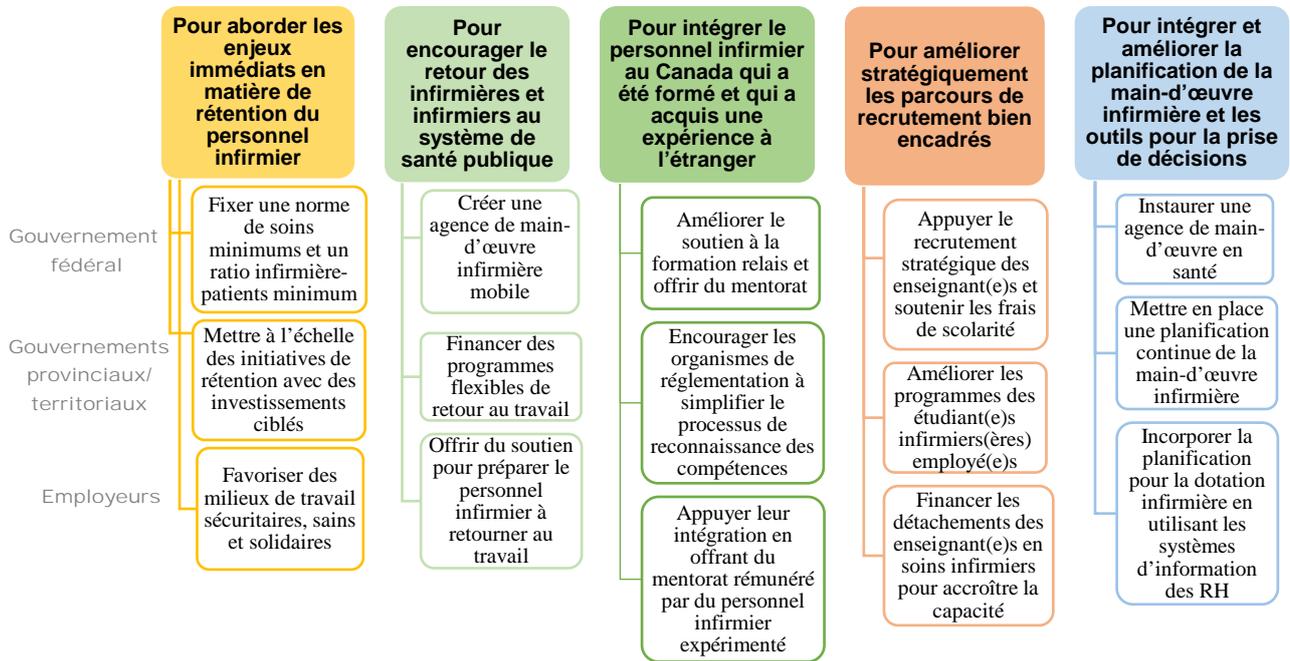
Nous croyons que les solutions proposées pour la rétention, le retour, le recrutement et la planification de la main-d'œuvre infirmière qui sont intégrées à la planification générale de la main-d'œuvre auront des répercussions significatives non seulement sur la main-d'œuvre infirmière et la main-d'œuvre en santé de façon plus générale (étant donné que les infirmières et infirmiers travaillent avec tant d'autres prestataires de soins de santé), mais aussi sur les patients, la santé de la population dans son ensemble, la durabilité du système de soins de santé dans son intégralité et sur les préoccupations liées à l'équité. Ainsi, ces solutions proposées et intégrées feront avancer l'objectif quintuple pour l'amélioration des soins de santé (*Image 9*).

### ***Image 9 : Objectif quintuple pour l'amélioration des soins de santé***



Adapté de Ma, A. (2022). [Building a healthcare system that's fit for purpose](#). PWC.

**Image 10 : Actions stratégiques prioritaires pour appuyer la main-d'œuvre infirmière canadienne**



# Actions stratégiques prioritaires

## *Pour résoudre les difficultés immédiates en matière de rétention des infirmières et infirmiers*

- Le gouvernement fédéral devrait établir des normes pour les soins minimums, y compris les ratios infirmière-patients, et appuyer la distribution et la mise à l'échelle d'initiatives prometteuses dans d'autres collectivités publiques.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient distribuer et mettre à l'échelle les initiatives de rétention fondées sur des données probantes avec des investissements ciblés en partenariat avec les employeurs et les autorités sanitaires.
- Les employeurs devraient promouvoir des milieux de travail sécuritaires, sains et solidaires en ajoutant des postes de soutien pour réduire les tâches non liées aux soins infirmiers et mettre en œuvre des processus pour alléger les charges de travail.

## *Pour encourager le retour des infirmières et infirmiers dans le réseau de santé public*

- Le gouvernement fédéral devrait créer une agence publique de main-d'œuvre pour employer des infirmières et infirmiers et d'autres travailleurs de la santé mobiles autorisés à s'occuper temporairement des secteurs où les besoins sont élevés.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient financer des programmes souples de retour à la pratique.
- Les employeurs devraient fournir un programme de mentorat et d'autres options de soutien pour faciliter le retour au travail des infirmières et infirmiers.

## *Pour intégrer les infirmières et infirmiers formés à l'étranger actuellement au Canada*

- Le gouvernement fédéral devrait accroître le soutien aux programmes de formation relais et de mentorat pour les infirmières et infirmiers formés à l'étranger afin de permettre leur intégration plus opportune en partenariat avec les provinces et les territoires.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient financer et encourager les organismes de réglementation à simplifier le processus de reconnaissance des compétences des infirmières et infirmiers formés à l'étranger par le biais d'une formation relais rémunérée.
- Les employeurs devraient mettre en place des outils pour simplifier l'intégration des infirmières et infirmiers formés à l'étranger, notamment des programmes de mentorat rémunérés et un soutien de la part des infirmières et infirmiers expérimentés au sein de la pratique.

## *Pour améliorer de manière stratégique les parcours de recrutement bien encadrés*

- Le gouvernement fédéral devrait appuyer le recrutement stratégique d'infirmières et d'infirmiers dans les instituts d'enseignement pour augmenter les inscriptions et cibler l'aide aux frais de scolarité pour le travail dans les communautés et les secteurs mal desservis.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient améliorer les programmes d'embauche d'infirmiers étudiants afin de faciliter la transition vers l'emploi et l'accréditation des compétences pour que les infirmières et infirmiers puissent gravir les échelons.

- Les employeurs devraient appuyer la capacité du corps professoral clinique d'augmenter les inscriptions par le biais de détachements financés en partenariat avec les universités et les collèges.

***Pour améliorer la planification du personnel infirmier et l'intégrer à des outils numériques***

- Le gouvernement fédéral devrait former une agence de main-d'œuvre en santé qui appuie l'amélioration des données relatives au personnel infirmier et autres effectifs et des outils numériques que les employeurs et les autorités régionales pourront intégrer à leur planification.
- Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient entreprendre ou rétablir la planification continue des soins infirmiers en collaboration avec les partenaires du personnel infirmier.
- Les employeurs devraient utiliser les systèmes d'information sur les ressources humaines pour intégrer la planification continue de la dotation en personnel infirmier.

Plusieurs de ces actions prioritaires stratégiques pourraient être coordonnées, suivies au fil du temps et évaluées pour leur efficacité par la mise en place d'une *agence canadienne de la main-d'œuvre en santé*. Effectivement, les agences ayant connu du succès ont joué un rôle essentiel dans la planification au sein de secteurs comparables au Canada et dans d'autres pays de l'OCDE.<sup>146</sup> Le gouvernement fédéral pourrait jouer un important rôle de coordination auprès des intervenants clés des différentes provinces, territoires, régions, hôpitaux et établissements d'enseignement pour établir cette agence, dans le but d'améliorer les données et la planification de la main-d'œuvre en santé, de coordonner les actions à travers les professions et les collectivités publiques, de développer des outils accessibles au public pour appuyer les planificateurs et les responsables des politiques à prendre des décisions éclairées et améliorées, fondées sur des données exhaustives de qualité supérieure (Encadré 7).

### Encadré 7 : Fonctions intégrées d'une agence de main-d'œuvre en santé



S'inspirant de : Organisation mondiale de la Santé. (2012). *Human Resources for Health Observatories: Contributing to evidence-based policy decisions*. <https://www.who.int/publications/m/item/9789241504232>

Il existe au moins six fonctions intégrées d'une agence efficace de main-d'œuvre en santé :

**1A** : Recueillir, traiter, analyser, synthétiser et partager les données normalisées sur les travailleurs et travailleuses de la santé à travers le Canada par l'entremise d'une plateforme d'analyse interactive en ligne;

**1B** : Développer des systèmes d'information de la main-d'œuvre en santé qui coordonnent les méthodes et les outils de collecte des données en fonction des lignes directrices courantes et qui assurent la liaison avec les autres systèmes interrégionaux de données de la santé;

**2A** : Développer des systèmes d'alertes précoces ancrés aux profils d'indicateurs clés provinciaux/territoriaux/régionaux qui aident à identifier, prévoir et surveiller les problèmes/besoins en main-d'œuvre en santé lesquels recommandent de façon proactive les processus de planification de la main-d'œuvre afin d'éviter les crises de main-d'œuvre en santé;

**3A** : Organiser et partager les dernières données probantes, les stratégies et les approches novatrices pour aborder les défis que présentent la main-d'œuvre en santé à l'aide d'outils pour la prise de décision à l'intention d'une gamme d'intervenants et de décideurs.;

**3B** : Faciliter le partage d'expériences fructueuses liées à la résolution de défis cruciaux qui touchent la main-d'œuvre en santé grâce à groupes de discussion coopératifs et indépendants, des réunions techniques et des dialogues sur les politiques entre les intervenants, ce qui permettra de produire des recommandations à plusieurs niveaux;

**4A** : Effectuer une recherche appliquée pour générer des données probantes appuyant des approches plus éclairées pour la prise de décisions et l'élaboration de politiques, et évaluer l'élaboration de politiques, de stratégies et de plans pour la main-d'œuvre en santé, ainsi que leur mise en œuvre;

**5A** : Développer des partenariats afin de mobiliser des intervenants pour une synergie pancanadienne et coordonner le plaidoyer pour bâtir un consensus quant à l'élaboration de politiques coordonnées et d'actions en ce qui concerne les enjeux opportuns de la main-d'œuvre en santé en priorisant les interventions stratégiques;

**6A** : Développer la capacité d'analyse et d'évaluation de la main-d'œuvre en santé, suivre les tendances de cette dernière à l'aide de programmes de formation et faciliter le réseautage de l'expertise pour la main-d'œuvre en santé;

**6B** : Développer et renforcer la gouvernance et le pouvoir de réglementation de la main-d'œuvre en santé, coordonner les politiques et les pratiques de réglementation à travers les compétences fédérale/provinciales/territoriales.

## Liste des acronymes

<b>TTD</b>	Temps de travail disponible	<b>IMPPIC</b>	Initiative de maintien en poste du personnel infirmier chevronné
<b>CFA</b>	Calcul des facteurs d'allocation	<b>Inf. aut. aux.</b>	Infirmier(ère)s autorisé(e)s auxiliaires
<b>CARE</b>	<i>Centre for Internationally Educated Nurses</i> Centre CARE	<b>NMQ</b>	Normes minimales en matière de qualité
<b>ACESI</b>	Association canadienne des écoles de sciences infirmières	<b>NCLEX-RN</b>	Examen de licence du Conseil national (National Council Licensure Examination for Registered Nurses)
<b>AIINC</b>	Alliance des infirmières et infirmiers noirs du Canada	<b>OCSI</b>	Orientation de carrière en soins infirmiers
<b>ESCC</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	<b>IEI</b>	Initiative d'enseignement infirmier
<b>FCASS</b>	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé	<b>PGEDSI</b>	Programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers
<b>RCPS</b>	Réseau canadien des personnels de santé	<b>SNEI</b>	Service national d'évaluation infirmière
<b>ICIS</b>	Institut canadien d'information sur la santé	<b>IP</b>	Infirmier(ère) praticien(ne)
<b>AIIC</b>	Association des infirmières et infirmiers du Canada	<b>ENSP</b>	Enquête nationale sur la santé de la population
<b>FCSII</b>	Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers	<b>RIP</b>	Ratio infirmier(ère)-patients
<b>FCRSS</b>	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	<b>PRI</b>	Programmes de résidence des infirmiers(ères)
<b>ESNF</b>	Événements de soins non faits	<b>ENTSPI</b>	Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier
<b>CGFNS</b>	<i>Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools</i>	<b>OCDE</b>	Organisation de coopération et de développement économiques
<b>AIAC</b>	Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada	<b>APREAM</b>	Appareil de protection respiratoire à épuration d'air motorisé
<b>CSI</b>	Chef des soins infirmiers	<b>PCAP</b>	Processus d'évaluation des soins aux patients
<b>OIIO</b>	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario	<b>PCP</b>	Programme des candidats des provinces
<b>BDCP</b>	Base de données sur les congés des patients	<b>EPI</b>	Équipement de protection individuelle
<b>EIE</b>	Étudiant(e)-infirmier(ère) employé(e)	<b>PSP</b>	Programmes de soutien par les pairs
<b>FIQ</b>	Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec	<b>PAB</b>	Préposé(e) aux bénéficiaires
<b>PTQF</b>	Programme des travailleurs qualifiés (fédéral)	<b>TSPT</b>	Trouble de stress post-traumatique
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein	<b>EESBI</b>	Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes
<b>PIB</b>	Produit intérieur brut	<b>DP</b>	Demande de propositions
<b>RGA</b>	Révision globale des admissions	<b>Inf.</b>	Infirmiers(ères) autorisé(e)s

<b>CPPCS</b>	Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé	<b>SIATNL</b>	Syndicat des infirmières et infirmiers autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador
<b>ESC</b>	Excellence en santé Canada	<b>Inf. psy. aut.</b>	Infirmier(ère) psychiatrique autorisé(e)
<b>HeaDS UP</b>	<i>Health Demand and Supply Utilisation Patterns Planning</i> (outil HeaDSUPP)	<b>RTA</b>	De la recherche à l'action
<b>RHS</b>	Ressources humaines en santé	<b>SRC</b>	Société royale du Canada
<b>TCCi</b>	Thérapie cognitivo-comportementale ciblée sur Internet	<b>RT à RP</b>	Résident temporaire à résident permanent
<b>CII</b>	Conseil international des infirmières	<b>PERPE</b>	Programme d'exonération du remboursement des prêts étudiants
<b>ICNM</b>	<i>International Centre on Nurse Migration</i>	<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>IIFE</b>	Infirmières et infirmiers formés à l'étranger	<b>WISN</b>	Indicateurs des besoins en personnel par rapport à la charge de travail de l'OMS
<b>LCMC</b>	<i>Louisiana Children's Medical Center</i>		

## Références

- <sup>1</sup> Berry, L., & Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients: Comprendre la valeur du personnel infirmier, les répercussions des charges de travail excessives, et comment les ratios infirmière-patients et les modèles dynamiques de dotation peuvent aider*. FCSII. <https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Workload-French.pdf> & MacPhee, M. (2014). *Valoriser la sécurité des patients : Structure responsable de la main-d'œuvre*. FCSII. [https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Valuing-Patient-Safety-WEB-June-17-2014\\_FR.pdf](https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Valuing-Patient-Safety-WEB-June-17-2014_FR.pdf)
- <sup>2</sup> Stelnicki, A., Carleton, N., & Reichert, C. (2020). *Les symptômes de la maladie mentale chez les infirmières et infirmiers au Canada*. FCSII. <https://nursesunions.ca/research/mental-disorder-symptoms/>
- <sup>3</sup> Carrière, G., Park, J., Deng, Z., & Kohen, D. (2020). *Heures supplémentaires travaillées par le personnel professionnel en soins infirmiers pendant la pandémie de COVID-19*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00074-fra.htm>
- <sup>4</sup> Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2022, janvier). *Rapport sommaire du sondage Viewpoints*. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/02/Viewpoints\\_Survey\\_Results\\_2022\\_January\\_FR\\_FINAL.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/02/Viewpoints_Survey_Results_2022_January_FR_FINAL.pdf)
- <sup>5</sup> Stelnicki, A., Carleton, N., & Reichert, C. (2020). *Les symptômes de la maladie mentale chez les infirmières et infirmiers au Canada*. FCSII. <https://nursesunions.ca/research/mental-disorder-symptoms/>
- <sup>6</sup> Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2022, janvier). *Rapport sommaire du sondage Viewpoints*. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/02/Viewpoints\\_Survey\\_Results\\_2022\\_January\\_EN\\_FINAL-1.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/02/Viewpoints_Survey_Results_2022_January_EN_FINAL-1.pdf)
- <sup>7</sup> Statistique Canada. (2022, 22 mars). *Postes vacants, quatrième trimestre de 2021*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220322/dq220322a-fra.htm>
- <sup>8</sup> Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B., & Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474–1487. <https://doi.org/10.1111/jan.13564> & White, E. M., Aiken, L. H., & McHugh, M. D. (2019). Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065–2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>
- <sup>9</sup> Musy, S. N., Endrich, O., Leichtle, A. B., Griffiths, P., Nakas, C. T., & Simon, M. (2021). The association between nurse staffing and inpatient mortality: A shift-level retrospective longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103950>
- <sup>10</sup> Needleman, J., Leibson, C. L., & Harris, M. (2011). Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. *The New England Journal of Medicine*, 364(11), 1037–45. <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa1001025?articleTools=true>
- <sup>11</sup> Dall, T. M., Chen, Y. J., Seifert, R. F., Maddox, P. J., & Hogan, P. F. (2009). The economic value of professional nursing. *Medical Care*, 47(1), 97–104. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181844da8>
- <sup>12</sup> Bourgeault, I. L., Simkin, S., & Chamberland-Rowe, C. (2019). Poor health workforce planning is costly, risky, and inequitable. *Canadian Medical Association Journal*, 191(42), E1147–E1148. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191241> & Bourgeault, I. L. (2021). A path to improved health workforce planning, policy, and management in Canada: The critical co-ordinating and convening roles for the federal government to play in addressing eight percent of its GDP. *The School of Public Policy Publications*, 14(39), 1–30. [https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2021/12/HC5\\_Improved-Health-Care\\_Bourgeault.pdf](https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2021/12/HC5_Improved-Health-Care_Bourgeault.pdf) & René, B. (2021). *Le Canada au-delà de la COVID*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. <https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2021/06/Canada-Beyond-COVID-magazine-FR-FINAL.pdf>
- <sup>13</sup> Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2019). *Violence subie par les travailleurs de la santé au Canada*. <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10589455/hesarp29/hesarp29-f.pdf> & Reichert, C. (2017). *C'est assez : des milieux de travail sécuritaires pour tous*. FCSII. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU\\_Enough-is-Enough\\_June1\\_FINALlow.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU_Enough-is-Enough_June1_FINALlow.pdf) & Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2017). *Trends in Own Illness- or Disability-Related Absenteeism and Overtime among Publicly Employed Registered Nurses: Quick Facts*. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/Quick\\_Facts\\_Absenteeism-and-Overtime-2017-Final.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/Quick_Facts_Absenteeism-and-Overtime-2017-Final.pdf)
- <sup>14</sup> Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines. (2007). *Un cadre de planification concerté des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*. [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf)

- 
- <sup>15</sup> Shields, M., & Wilkins, K. (2006). Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 : profils provinciaux. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/11-621-m/11-621-m2006052-fra.pdf?st=j9zj4XW1>
- <sup>16</sup> Santé Canada (2011) Stratégie en matière de ressources humaines en santé et Initiative relative aux professionnels de la santé formés à l'étranger, Rapport annuel 2009-2010. Peut être téléchargé à : [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2012/sc-hc/H1-9-19-2010-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H1-9-19-2010-fra.pdf)
- <sup>17</sup> Murphy, G., Adler, R., MacKenzie, A., Cook, A., & Maddalena, V. (2012). Research to Action: An Evaluation. *Nursing Leadership*, 25(sp), 21–32. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22814>
- <sup>18</sup> Emploi et Développement social Canada. (2021). *Modifications au Code criminel visant à protéger les travailleurs de la santé et les personnes cherchant à accéder aux services de santé*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2021/12/modifications-au-code-criminel-visant-a-protger-les-travailleurs-de-la-sante-et-les-personnes-cherchant-a-acceder-aux-services-de-sante.html>
- <sup>19</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Tested solutions for eliminating Canada's registered nurse shortage*. [https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/RN\\_Highlights\\_e.pdf](https://hl-prod-ca-oc-download.s3-ca-central-1.amazonaws.com/CNA/2f975e7e-4a40-45ca-863c-5ebf0a138d5e/UploadedImages/documents/RN_Highlights_e.pdf)
- <sup>20</sup> Berry, L., & Curry, P. (2012). *Charge de travail du personnel infirmier et soins aux patients : Comprendre la valeur du personnel infirmier, les répercussions des charges de travail excessives, et comment les ratios infirmière-patients et les modèles dynamiques de dotation peuvent aider*. CFNU. <https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Workload-French.pdf>
- <sup>21</sup> MacPhee, M (2014). *Valoriser la sécurité des patients : Structure responsable de la main-d'œuvre*. FCSII. [https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Valuing-Patient-Safety-WEB-June-17-2014\\_FR.pdf](https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2018/02/Valuing-Patient-Safety-WEB-June-17-2014_FR.pdf)
- <sup>22</sup> Price, S. (2015). *Bridging the generational divide: Nurses united in providing quality patient care*. FCSII. <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/Bridging-the-Generational-Divide-Jan-2016-FINAL.pdf>
- <sup>23</sup> Stelnicki, A., Carleton, N., & Reichert, C. (2020). *Les symptômes de la maladie mentale chez les infirmières et infirmiers au Canada*. FCSII. <https://nursesunions.ca/research/mental-disorder-symptoms/>
- <sup>24</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada & Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (2015). *Trousse d'outils sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes de l'AIIC et la FCSII*. AIIC. <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/les-soins-infirmiers-reglementes-au-canada/resultats-pour-le-personnel-et-pour-le-patient/trousse-doutils-sur-la-dotation-securitaire>
- <sup>25</sup> Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. (2022). *Sustain and retrain in 2022 and beyond*. ICN - CGFNS International Centre on Nurse Migration. <https://www.icn.ch/system/files/2022-01/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf>
- <sup>26</sup> Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. (2022). *Sustain and retrain in 2022 and beyond*. ICN - CGFNS International Centre on Nurse Migration. <https://www.icn.ch/system/files/2022-01/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf>
- <sup>27</sup> Conseil international des infirmières. (2021). *2021 L'Année internationale des travailleurs de santé et des soins et la pandémie de COVID-19 : Synthèse de l'action du Conseil International des Infirmières*. <https://indd.adobe.com/view/b2254401-faa9-48ef-ac37-c20f41a6280e>
- <sup>28</sup> Conseil international des infirmières. (2022). *Le CII demande des codes plus forts pour le recrutement déontologique des infirmières et l'investissement dans l'enseignement des soins infirmiers*. CII. <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-cii-demande-des-codes-plus-forts-pour-le-recrutement-deontologique-des-infirmieres-et> & CII [@ICNurses]. (2022). *Tweets* [profil Twitter]. Twitter. [https://twitter.com/icnurses/status/1562439633857785858?s=12&t=Tx9l\\_ONGIDA8ICCd4wBTQ](https://twitter.com/icnurses/status/1562439633857785858?s=12&t=Tx9l_ONGIDA8ICCd4wBTQ)
- <sup>29</sup> Walton-Roberts, M. (2022). The ethics of recruiting foreign-trained healthcare workers. *Healthcare Management Forum*, 35(4), 248–251. <https://doi.org/10.1177/08404704221095129>
- <sup>30</sup> Alghamdi, M. G. (2016). Nursing workload: A concept analysis. *Journal of Nursing Management*, 24(4), 449–457. <https://doi.org/10.1111/jonm.12354>
- <sup>31</sup> Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Comité consultatif des ressources humaines en santé. [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final-fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-cccsi-final/2002-cnac-cccsi-final-fra.pdf)
- <sup>32</sup> McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, 397(10288), 1905–1913. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6)
- <sup>33</sup> Fédération interprofessionnelle de la Santé du Québec. (2017). *Lancement du Livre noir de la sécurité des soins : Surcharge de travail, soins non faits, trop de patient-e-s : les professionnelles en soins ont leur quota!* <https://www.fiqsante.qc.ca/2017/11/30/lancement-du-livre-noir-de-la-securite-des-soins-surcharge-de-travail->

- [soins-non-faits-trop-de-patient-e-s-les-professionnelles-en-soins-ont-leur-quota/](#) & Ball, J. (2010). *Guidance on Safe Nurse Staffing Levels in the UK*. Royal College of Nursing. <https://www.rcn.org.uk/About-us/Our-Influencing-work/Policy-briefings/pol-003860> & Price, S. (2015). *Bridging the generational divide: Nurses united in providing quality patient care*. FCSII. <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/Bridging-the-Generational-Divide-Jan-2016-FINAL.pdf> & Aiken, L. H., Sloane, D. M., Cimiotti, J. P., Clarke, S. P., Flynn, L., Seago, J. A., Spetz, J., & Smith, H. L. (2010). Implications of the California Nurse Staffing Mandate for Other States. *Health Services Research*, 45(4), 904–921. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2010.01114.x> & McHugh, M. D., Aiken, L. H., Sloane, D. M., Windsor, C., Douglas, C., & Yates, P. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: A prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, 397(10288), 1905–1913. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00768-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00768-6) & Driscoll, A., Grant, M. J., Carroll, D., Dalton, S., Deaton, C., Jones, I., Lehwaldt, D., McKee, G., Munyombwe, T., & Astin, F. (2018). The effect of nurse-to-patient ratios on nurse-sensitive patient outcomes in acute specialist units: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 17(1), 6–22. <https://doi.org/10.1177/1474515117721561> & Association des infirmières et infirmiers du Canada & Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (2015). *Trousse d'outils sur la dotation sécuritaire en personnel infirmier fondée sur les données probantes de l'AIC et la FCSII*. AIC. <https://www.cna-aic.ca/fr/soins-infirmiers/les-soins-infirmiers-reglements-au-canada/resultats-pour-le-personnel-et-pour-le-patient/trousse-doutils-sur-la-dotation-securitaire>
- <sup>34</sup> Bastin, D. (2020, 6 novembre). *La FIQ dénonce qu'il y a des ratios infirmières/patients très préoccupants dans la région*. <https://www.lareleve.qc.ca/2020/11/06/la-fiq-denonce-quil-y-a-des-ratios-infirmieres-patients-tres-preoccupants-dans-la-region/>
- <sup>35</sup> Fédération Interprofessionnelle de la Santé du Québec. (n.d.). *Safe ratios* [Communiqué de presse]. <https://www.fiqsante.qc.ca/en/about/sectors-and-services/organization-of-work/safe-care/ratios/>
- <sup>36</sup> Armstrong, P., Armstrong, H., & Choiniere, J. (2015). *Before it's too late: A national plan for safe seniors' care*. FCSII. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU-Seniors-Book-2015\\_FINAL.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU-Seniors-Book-2015_FINAL.pdf)
- <sup>37</sup> El-Sayed, N. A., Eid, N. M., & Rashad, Z. M. (2021). The effect of nursing care standards on staff nursing performance. *Menoufia Nursing Journal*, 6(2), 171–181. <https://doi.org/10.21608/menj.2021.226353> & Tønnessen, S., Scott, A., & Nortvedt, P. (2020). Safe and competent nursing care: An argument for a minimum standard? *Nursing Ethics*, 27(6), 1396–1407. <https://doi.org/10.1177/0969733020919137>
- <sup>38</sup> Lebanik, L., & Britt, S. (2015). Float pool nurses come to the rescue. *Nursing2022*, 45(3), 50–53. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000460715.73128.ea> & Straw, C. N. (2018). Engagement and retention in float pools: Keeping the team above water. *Nursing Management*, 49(10), 30–36. <https://doi.org/10.1097/01.NUMA.0000546201.01962.0d>
- <sup>39</sup> Idem
- <sup>40</sup> Idem
- <sup>41</sup> Mason, J. (2013). Review of Australian government health workforce programs: Commonwealth of Australia. Canberra: Department of Health. [https://medicaldeans.org.au/md/2018/07/2013-April\\_Mason-Review.pdf](https://medicaldeans.org.au/md/2018/07/2013-April_Mason-Review.pdf)
- <sup>42</sup> Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. (2002). *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*. Comité consultatif des ressources humaines en santé. [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-ccsi-final/2002-cnac-ccsi-final-fra.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-cnac-ccsi-final/2002-cnac-ccsi-final-fra.pdf) & Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Rapport du groupe de travail national sur les effectifs infirmiers*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-945-03W.pdf>
- <sup>43</sup> Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2021). *Professional responsibility workload report form*. [https://www.ona.org/wp-content/uploads/2021/021\\_prwrf\\_hospital.pdf](https://www.ona.org/wp-content/uploads/2021/021_prwrf_hospital.pdf)
- <sup>44</sup> Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique. (2021, 15 mai). *Interim patient care assessment process (PCAP)*. <https://www.bcnu.org/contracts-and-bargaining/your-collective-agreement/nurses-bargaining-association/patient-care-process>
- <sup>45</sup> Drennan, J., Savage, E., Hegarty, J., Murphy, A., Brady, N., Howson, V., Gilligan, D., Dahly, D., Griffiths, P., Ball, J., Duffield, C., & Scott, A. (2018). *Evaluation of the 'pilot implementation of the Framework for Safe Nurse Staffing and Skill-Mix' - Report 3*. Cork: University College Cork. <https://assets.gov.ie/10014/4aa5216641734b8dafecbbdadcf418e.pdf> & Taskforce on Staffing and Skill Mix for Nursing. (2018). *Framework for safe nursing staffing and skill mix in general and specialist medical and surgical care settings in adult hospitals in Ireland*. Department of Health. <https://www.gov.ie/pdf/?file=https://assets.gov.ie/19946/0de84ac3b6f24d0d8afda4f9e1f44b15.pdf#page=1>
- <sup>46</sup> Syndicat des infirmières et infirmiers autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador. (2022, 1<sup>er</sup> mars). *Government and nurses collaborate to help address challenges facing the nursing profession* [Press release]. <https://rnunl.ca/government-and-nurses-collaborate-to-help-address-challenges-facing-the-nursing-profession/>

- <sup>47</sup> Ho, E., Principi, E., Cordon, C. P., Amenudzie, Y., Kotwa, K., Holt, S., & MacPhee, M. (2017, 7 septembre). *The Synergy Tool: Making Important Quality Gains within One Healthcare Organization*. Multidisciplinary Digital Publishing Institute. <https://doi.org/10.14288/1.0379546> & MacPhee, M., Wagner, J., Udod, S. A., Berry, L., Perchie, G., & Conway, A. (2020). Using the Synergy Tool to Determine Regina Emergency Department Staffing Needs. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 33(3), 29–44. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2020.26321> & MacPhee, M., Wardrop, A., Campbell, C., & Wejr, P. (2011). The synergy professional practice model and its patient characteristics tool: A staff empowerment strategy. *Nursing Leadership*, 24(3), 42–56. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2011.22600>
- <sup>48</sup> Stelnicki, A., Carleton, N., & Reichert, C. (2020). *Les symptômes de la maladie mentale chez les infirmières et infirmiers au Canada*. FCSII. <https://nursesunions.ca/research/mental-disorder-symptoms/>
- <sup>49</sup> Andel, S. A., Porter, C. O. L. H., Amber, B., & Lukjan, K. P. X. (2022). Differential effects of rude coworkers and patients on nurses' safety performance: An emotional labor perspective. *Journal of Managerial Psychology*, 37(3), 224–242. <https://doi.org/10.1108/JMP-03-2021-0119> & Hiebert, B. J., Care, W. D., Udod, S. A., & Waddell, C. M. (2022). Psychiatric Nurses' Lived Experiences of Workplace Violence in Acute Care Psychiatric Units in Western Canada. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(2), 146–153. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1956656> & Johnson, S. L., Haerling, K. A., Yuwen, W., Huynh, V., & Le, C. (2020). Incivility and Clinical Performance, Teamwork, and Emotions: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Nursing Care Quality*, 35(1), 70–76. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000407>
- <sup>50</sup> Association des infirmières et infirmiers du Canada & Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2015). *Énoncé de position conjoint de la FCSII et la AIIC sur la violence et l'intimidation en milieu de travail*. <https://fcsii.ca/wp-content/uploads/2019/10/La-violence-et-lintimidation-en-milieu-de-travail-annonce-de-position.pdf>
- <sup>51</sup> Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2019). *Violence subie par les travailleurs de la santé au Canada*. <https://www.noscommunes.ca/Content/Committee/421/HESA/Reports/RP10589455/hesarp29/hesarp29-f.pdf>
- <sup>52</sup> Stelnicki, A., Carleton, N., & Reichert, C. (2020). *Les symptômes de la maladie mentale chez les infirmières et infirmiers au Canada*. FCSII. <https://nursesunions.ca/research/mental-disorder-symptoms/>
- <sup>53</sup> Commission de la santé mentale du Canada. (2015). *Projet de recherche sous forme d'études de cas : Rapport provisoire sur les premiers résultats*. [https://commissionsantementale.ca/projet-de-recherche-sous-forme-detudes-de-cas/?\\_ga=2.108541058.1058983213.1666315323-1229329717.1666315322](https://commissionsantementale.ca/projet-de-recherche-sous-forme-detudes-de-cas/?_ga=2.108541058.1058983213.1666315323-1229329717.1666315322)
- <sup>54</sup> McClain, A. R., Palokas, M., Christian, R., & Arnold, A. (2022). Retention strategies and barriers for millennial nurses: A scoping review. *JBIE Evidence Synthesis*, 20(1), 121–157. <https://doi.org/10.1112/JBIES-20-00577> & Price, S. (2015). *Bridging the generational divide: Nurses united in providing quality patient care*. FCSII. <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/Bridging-the-Generational-Divide-Jan-2016-FINAL.pdf>
- <sup>55</sup> Conseil international des infirmières. (2021). *2021 L'Année internationale des travailleurs de santé et des soins et la pandémie de COVID-19 : Synthèse de l'action du Conseil International des Infirmières*. <https://indd.adobe.com/view/b2254401-faa9-48ef-ac37-c20f41a6280e>
- <sup>56</sup> Griswold, D. P., Gempeler, A., Koliass, A., Hutchinson, P. J., & Rubiano, A. M. (2021). Personal protective equipment for reducing the risk of COVID-19 infection among health care workers involved in emergency trauma surgery during the pandemic: An umbrella review. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 90(4), e72–e80. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003073>
- <sup>57</sup> Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2022, janvier). *Rapport sommaire du sondage Viewpoints*. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/02/Viewpoints\\_Survey\\_Results\\_2022\\_January\\_FR\\_FINAL.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/02/Viewpoints_Survey_Results_2022_January_FR_FINAL.pdf)
- <sup>58</sup> Stelnicki, A., Carleton, N., & Reichert, C. (2020). *Les symptômes de la maladie mentale chez les infirmières et infirmiers au Canada*. FCSII. <https://nursesunions.ca/research/mental-disorder-symptoms/>
- <sup>59</sup> Jean, J. (2021). *Burnout: Why nurses need more mental health days?* NurseJournal. <https://nursejournal.org/articles/why-nurses-need-more-mental-health-days/>
- <sup>60</sup> Institut canadien pour la sécurité des patients. (2019). *Créer un espace sûr : La sécurité psychologique des travailleurs de la santé (soutien entre pairs et autres modèles de support)* <https://www.healthcareexcellence.ca/media/dedlg3hd/creer-un-espace-sur-fr-final-ua.pdf>
- <sup>61</sup> Maben, J., Taylor, C., Dawson, J., Leamy, M., McCarthy, I., Reynolds, E., Ross, S., Shuldham, C., Bennett, L., & Foot, C. (2018). A realist informed mixed-methods evaluation of Schwartz Center Rounds® in England. NIHR Journals Library. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK533087/> & Maben, J., Taylor, C., Reynolds, E., McCarthy, I., & Leamy, M. (2021). Realist evaluation of Schwartz rounds® for enhancing the delivery of compassionate healthcare: Understanding how they work, for whom, and in what contexts. *BMC Health Services Research*, 21(1), 709. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06483-4> & McCarthy, I., Taylor, C., Leamy, M., Reynolds, E., & Maben, J. (2021). “We needed to talk about it”: The experience of sharing the emotional impact

- 
- of health care work as a panellist in Schwartz Center Rounds® in the UK. *Journal of Health Services Research & Policy*, 26(1), 20–27. <https://doi.org/10.1177/1355819620925512> & Brady, V., May, P., Lombard-Vance, R., Hynes G., & Corry, M. (2019). Final report of the evaluation of the introduction of Schwartz Rounds in Ireland. Health Services Executive, Dublin, Ireland. <https://www.hse.ie/eng/about/who/nqpsd/qps-connect/schwartz-rounds/exectuive-summary-trinity-schwartz-rounds-report-may-2019.pdf>
- <sup>62</sup> Beahm, J. D., McCall, H. C., Carleton, R. N., Titov, N., Dear, B., & Hadjistavropoulos, H. D. (2021). Insights into internet-delivered cognitive behavioural therapy for public safety personnel: Exploration of client experiences during and after treatment. *Internet Interventions*, 26, 100481. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100481> & McCall, H. C., Beahm, J. D., Fournier, A. K., Burnett, J. L., Carleton, R. N., & Hadjistavropoulos, H. D. (2021). Stakeholder perspectives on internet-delivered cognitive behavioural therapy for public safety personnel: A qualitative analysis. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 53(3), 232–242. <https://doi.org/10.1037/cbs0000242> & Carleton, R. N. (2021). Collaborating to support the mental health of public safety personnel: The Canadian Institute for Public Safety Research and Treatment. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 62(2), 167–173. <https://doi.org/10.1037/cap0000267>
- <sup>63</sup> Turner, J. (2021). *Employee Wellness Program Participation: Exploring Participation of Registered Nurses in East Tennessee* [Doctoral dissertation, Liberty University]. Doctoral Dissertations and Projects. <https://digitalcommons.liberty.edu/doctoral/2793> & Zadeh, S., Gamba, N., Hudson, C., & Wiener, L. (2012). Taking Care of Care Providers: A Wellness Program for Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 29(5), 294–299. <https://doi.org/10.1177/1043454212451793>
- <sup>64</sup> Pawlak, N., Serafin, L., & Czarkowska-Pączek, B. (2022). Analysis of the influence of intergenerational differences on cross-generational cooperation among nurses. *Pielęgniarstwo XXI Wieku / Nursing in the 21st Century*, 21(1), 45–49. <https://doi.org/10.2478/pielxxiw-2022-0007>
- <sup>65</sup> Murray, M., Sundin, D., & Cope, V. (2020). Supporting new graduate registered nurse transition for safety: A literature review update. *Collegian*, 27(1), 125–134. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.04.007>
- <sup>66</sup> Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2022). *Raisonnement théorique et données de recherche en soutien d'un programme de résidence pour infirmières au Canada*. ACESI. [http://w3e6i9k7.stackpathcdn.com/content/user\\_files/2022/01/Programme-de-residence-raisonnement-theorique-2022.pdf](http://w3e6i9k7.stackpathcdn.com/content/user_files/2022/01/Programme-de-residence-raisonnement-theorique-2022.pdf)
- <sup>67</sup> Van Camp, J., & Chappy, S. (2017). The Effectiveness of Nurse Residency Programs on Retention: A Systematic Review. *AORN Journal*, 106(2), 128–144. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.06.003>
- <sup>68</sup> Cappel, C. A. (2016). *Nurse residency program: A comparison of outcome measures from 2 years of data from BSN nurse resident graduates* [Doctoral dissertation, DeSales University]. Proquest: <https://www.proquest.com/docview/1855923747?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true> & Van Camp, J., & Chappy, S. (2017). The Effectiveness of Nurse Residency Programs on Retention: A Systematic Review. *AORN Journal*, 106(2), 128–144. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.06.003>
- <sup>69</sup> Trepanier, S., Early, S., Ulrich, B., & Cherry, B. (2012). New Graduate Nurse Residency Program: A Cost-Benefit Analysis Based on Turnover and Contract Labor Usage. *Nursing Economic\$,* 30(4), 207–214.
- <sup>70</sup> Association canadienne des écoles de sciences infirmières. (2022). *Raisonnement théorique et données de recherche en soutien d'un programme de résidence pour infirmières au Canada*. ACESI. [http://w3e6i9k7.stackpathcdn.com/content/user\\_files/2022/01/Programme-de-residence-raisonnement-theorique-2022.pdf](http://w3e6i9k7.stackpathcdn.com/content/user_files/2022/01/Programme-de-residence-raisonnement-theorique-2022.pdf)
- <sup>71</sup> Lalonde, M., Hall, L. M., Price, S., Andrews, G., & MacDonald-Rencz, A. H. and S. (2013). Support and Access for Nursing Continuing Education in Canadian Work Environments. *Nursing Leadership*, 26(Special Issue). <https://www.longwoods.com/content/23250/nursing-leadership/support-and-access-for-nursing-continuing-education-in-canadian-work-environments>
- <sup>72</sup> Coventry, T., & Hays, A.-M. (2021). Nurse managers' perceptions of mentoring in the multigenerational workplace: A qualitative descriptive study. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 38(2), 34–43. <https://doi.org/10.3316/informit.963361898152247> & Poindexter, K. (2022). Mentorship for New Graduates: Responding to the Challenge of Transitioning to Practice in a Tumultuous and Demanding Health Care Environment. *Nursing Education Perspectives*, 43(3), 143–144. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000978>
- <sup>73</sup> Bournes, D. A., & Ferguson-Paré, M. (2007). Human Becoming and 80/20: An Innovative Professional Development Model for Nurses. *Nursing Science Quarterly*, 20(3), 237–
- <sup>74</sup> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2022). *Nursing through crisis: A comparative perspective*. <https://rnao.ca/sites/default/files/2022-05/Nursing%20Through%20Crisis%20-%20A%20Comparative%20Analysis%202022.pdf>
- <sup>75</sup> Weidner, A., Graham, C., Smith, J., Aitken, J., & Odell, J. (2012). Alberta: Evaluation of Nursing Retention and Recruitment Programs. *Nursing Leadership*, 25(sp), 130–147. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22799>

- <sup>76</sup> MacLeod, M. L. P., Zimmer, L. V., Kosteniuk, J. G., Penz, K. L., & Stewart, N. J. (2021). The meaning of nursing practice for nurses who are retired yet continue to work in a rural or remote community. *BMC Nursing*, 20(1), 220. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00721-0> & McClain, A. R., Palokas, M., Christian, R., & Arnold, A. (2022). Retention strategies and barriers for millennial nurses: A scoping review. *JBIE Evidence Synthesis*, 20(1), 121–157. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00577> & Moseley, A., Jeffers, L., & Paterson, J. (2008). The retention of the older nursing workforce: A literature review exploring factors that influence the retention and turnover of older nurses. *Contemporary Nurse*, 30(1), 46–56. <https://doi.org/10.5172/conu.673.30.1>
- <sup>77</sup> Doran, D., Jeffs, L., Rizk, P., Laporte, D. R., Chilcote, A. M., & Bai, Y. Q. (2015). Evaluating the late career nurse initiative: A cross-sectional survey of senior nurses in Ontario. *Journal of Nursing Management*, 23(7), 859–867. <https://doi.org/10.1111/jonm.12227>
- <sup>78</sup> Weidner, A., Graham, C., Smith, J., Aitken, J., & Odell, J. (2012). Alberta: Evaluation of Nursing Retention and Recruitment Programs. *Nursing Leadership*, 25(sp), 130–147. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2012.22799>
- <sup>79</sup> Sherrod, D. (2006). Strategies for retaining older nurses. *Nursing Management*, 37(10), 12–14.
- <sup>80</sup> Brunero, S., Kerr, S., & Jastrzab, G. (2009). The development and evaluation of a succession planning programme in nursing, in Australia. *Journal of Nursing Management*, 17(5), 576–583. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.00990.x>
- <sup>81</sup> Grant, K. (2021, July 16). *Canadian nurses are leaving in droves, worn down by 16 merciless months on the front lines of COVID-19*. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-canadian-nurses-are-leaving-in-droves-worn-down-by-16-merciless-months/> & Manyisa, Z. M., & van Aswegen, E. J. (2017). Factors affecting working conditions in public hospitals: A literature review. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 6, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2017.02.002>
- <sup>82</sup> Kol, E., İlaslan, E., & Turkay, M. (2017). The effectiveness of strategies similar to the Magnet model to create positive work environments on nurse satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 23(4), 1–8. <https://doi.org/10.1111/ijn.12557> & Yang, H.-Y., Yu, C.-H., & Wang, M.-J. (2013). Strategic management in the establishment of a magnet hospital: A nursing staff perspective. *Health*, 5(8), 1318–1327. <https://doi.org/10.4236/health.2013.58179> & Rodríguez-García, M. C., Márquez-Hernández, V. V., Granados-Gómez, G., Aguilera-Manrique, G., & Gutiérrez-Puertas, L. (2021). Magnet hospital attributes in nursing work environment and its relationship to nursing students' clinical learning environment and satisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 787–794. <https://doi.org/10.1111/jan.14629> & Anderson, V. L., Johnston, A. N. B., Massey, D., & Bamford-Wade, A. (2018). Impact of MAGNET hospital designation on nursing culture: An integrative review. *Contemporary Nurse*, 54(4–5), 483–510. <https://doi.org/10.1080/10376178.2018.1507677>
- <sup>83</sup> Villeneuve, M. J. (2017). *Public policy and Canadian nursing: Lessons from the field*. Canadian Scholars.
- <sup>84</sup> Lasebikan, O., Ede, O., Lasebikan, N., Anyaehie, U., Oguzie, G., & Chukwujindu, E. (2020). Job satisfaction among health professionals in a federal tertiary hospital in Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23, 371–375. [https://doi.org/10.4103/njcp.njcp\\_292\\_19](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_292_19) & May, J. H., Bazzoli, G. J., & Gerland, A. M. (2006). Hospitals' responses to nurse staffing shortages. *Health Affairs (Project Hope)*, 25(4), W316–323. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.w316>
- <sup>85</sup> Registered Practical Nurses Association of Ontario. (n.d.). *Nursing education initiative*. WeRPN. <https://www.werpn.com/news-details/werpn-nei-nursing-education-initiative-funding-renewed/>
- <sup>86</sup> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). *Coming together, moving forward: Building the next chapter of Ontario's rural, remote & northern nursing workforce*. [https://rmao.ca/sites/rmao-ca/files/RR\\_May8.pdf](https://rmao.ca/sites/rmao-ca/files/RR_May8.pdf)
- <sup>87</sup> Wilson, C. R., Rourke, J., Oandasan, I. F., & Bosco, C. (2020). Progress made on access to rural health care in Canada. *Canadian Family Physician*, 66(1), 31–36.
- <sup>88</sup> Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2022, janvier). *Rapport sommaire du sondage Viewpoints*. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/02/Viewpoints\\_Survey\\_Results\\_2022\\_January\\_FR\\_FINAL.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/02/Viewpoints_Survey_Results_2022_January_FR_FINAL.pdf)
- <sup>89</sup> Scammell, J. (2019). Back to nursing: New standards for return to practice programmes. *British Journal of Nursing*, 28(11), 723–723. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.11.723>
- <sup>90</sup> Lee, R., & Wojtiuk, R. (2021). Commentary: Transition of Internationally Educated Nurses into Practice: What We Need to Do to Evolve as an Inclusive Profession over the Next Decade. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 34(4), 57–64. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26689>
- <sup>91</sup> Flecker, K. (2022). *The Struggles of Internationally Educated Nurses in Canada's Residential Care Sector: Focus Group Findings*. World Education Services. <https://wenr.wes.org/2022/01/the-struggles-of-internationally-educated-nurses-in-canadas-residential-care-sector-focus-group-findings> & Walton-Roberts, M. (2022). The ethics of recruiting foreign-trained healthcare workers. *Healthcare Management Forum*, 35(4), 248–251. <https://doi.org/10.1177/08404704221095129> & Lee, R., & Wojtiuk, R. (2021). Commentary: Transition of Internationally Educated Nurses into Practice: What We Need to Do to Evolve as an Inclusive Profession over the Next Decade. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 34(4), 57–64. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26689>

- 
- <sup>92</sup> Thevenot, S. (2022, May 12). *How to immigrate to Canada as a nurse in 2022: There are a number of pathways for nurses to immigrate to Canada*. Canada Immigration News. <https://www.cicnews.com/2022/05/how-to-immigrate-to-canada-as-a-nurse-in-2022-0524669.html>
- <sup>93</sup> Gouvernement du Canada. (2021, 14 avril). *Politique d'intérêt public temporaire visant à faciliter l'octroi de la résidence permanente aux étrangers qui se trouvent au Canada, hors Québec, et ont récemment acquis une expérience de travail canadienne dans une profession jugée essentielle*. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/mandat/politiques-directives-operationnelles-ententes-accords/politiques-interet-public/rtrp-experience-canadienne.html>
- <sup>94</sup> Marfo, E. A. & Fernández-Sánchez, H. (2022). Inaccessibility to Bridging Programs and Systemic Barriers Are Unnecessary Delays: Response to Lee and Wojtiuk (2021). *Nursing Leadership*, 35(2), 8-11. <http://www.longwoods.com/content/26877/inaccessibility-to-bridging-programs-and-systemic-barriers-are-unnecessary-delays-response-to-lee-a>
- <sup>95</sup> Service national d'évaluation infirmière. (2022, 4 août). *À propos du SNEI*. <https://www.nnas.ca/fr/>
- <sup>96</sup> Marfo, E. A. & Fernández-Sánchez, H. (2022). Inaccessibility to Bridging Programs and Systemic Barriers Are Unnecessary Delays: Response to Lee and Wojtiuk (2021). *Nursing Leadership*, 35(2), 8-11. <http://www.longwoods.com/content/26877/inaccessibility-to-bridging-programs-and-systemic-barriers-are-unnecessary-delays-response-to-lee-a>
- <sup>97</sup> Baumann, A., Ross, D., Idriss-Wheeler, D., & Crea-Arsenio, M. (2017). *Strategic practices for hiring, integrating and retaining internationally educated nurses: Employment manual*. McMaster University NHRU. [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/StrategicPracticesforHiringIntegratingandRetainingIENs-EmploymentManual2017\\_WEB.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/StrategicPracticesforHiringIntegratingandRetainingIENs-EmploymentManual2017_WEB.pdf)
- <sup>98</sup> Baumann, A., Idriss-Wheeler, D., Blythe, J., & Rizk, P. (2015). Developing a Web Site: A Strategy for Employment Integration of Internationally Educated Nurses. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 47(4), 7–20. <https://doi.org/10.1177/084456211504700401>
- <sup>99</sup> Khalili, H., Ramji, Z., Mitchell, J., & Raymond, G. (2015). Transition Supports for IENs in Workplace: Perspectives of IENs in Ontario. *GSTF Journal of Nursing and Health Care (JNHC)*, 2(2), 66-70. <https://doi.org/10.7603/s40743-015-0022-6>
- <sup>100</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2014). *Guidelines for Participation in the Nursing Career ORIENTATION Initiative*. <https://www.care4nurses.org/wp-content/uploads/nco-participation-guidelines-en.pdf>
- <sup>101</sup> Lee, R., & Wojtiuk, R. (2021). Commentary: Transition of Internationally Educated Nurses into Practice: What We Need to Do to Evolve as an Inclusive Profession over the Next Decade. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 34(4), 57–64. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26689>
- <sup>102</sup> Buchan, J., Catton, H., & Shaffer, F. (2022). *Sustain and retrain in 2022 and beyond*. ICN - CGFNS International Centre on Nurse Migration. <https://www.icn.ch/system/files/2022-01/Sustain%20and%20Retain%20in%202022%20and%20Beyond-%20The%20global%20nursing%20workforce%20and%20the%20COVID-19%20pandemic.pdf>
- <sup>103</sup> Boamah, S. A., Callen, M., & Cruz, E. (2021). Nursing faculty shortage in Canada: A scoping review of contributing factors. *Nursing Outlook*, 69(4), 574–588. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.01.018>
- <sup>104</sup> Witter, S., Hamza, M. M., Alazemi, N., Alluhidan, M., Alghaith, T., & Herbst, C. H. (2020). Human resources for health interventions in high- and middle-income countries: Findings of an evidence review. *Human Resources for Health*, 18(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00484-w>
- <sup>105</sup> Nelson, S., & Salami, B. O. (2021). Commentary: Equity, Diversity and Inclusion: A Key Solution to the Crisis of Doctoral Nursing Education in Canada. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 34(4), 133–138. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2021.26679>
- <sup>106</sup> Dryden, H., & Rice, A. M. (2008). Using guidelines to support secondment: A personal experience. *Journal of Nursing Management*, 16(1), 65–71. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2007.00794.x>
- <sup>107</sup> Gerrish, K., & Piercy, H. (2014). Capacity development for knowledge translation: Evaluation of an experiential approach through secondment opportunities. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 11(3), 209–216. <https://doi.org/10.1111/wvn.12038> & O'Donoghue Jenkins, L., & Anstey, K. J. (2017). The use of secondments as a tool to increase knowledge translation. *Public Health Research & Practice*, 27(1), 1-4. <https://doi.org/10.17061/phrp2711708>
- <sup>108</sup> McGreal, R., & Olcott, D. (2022). A strategic reset: Micro-credentials for higher education leaders. *Smart Learning Environments*, 9(1), 1-23. <https://doi.org/10.1186/s40561-022-00190-1>
- <sup>109</sup> Raghu, N., McNamara, M., Bettencourt, E., & Yingling, C. (2022). Cultivating diversity in the advanced practice registered nurse workforce: An exemplar from an advanced practice registered nurse fellowship program. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 34(3), 542–549. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000679>

- <sup>110</sup> Jefferies, K., Tamlyn, D., Aston, M., & Tomblin Murphy, G. (2019). Promoting Visible Minority Diversity in Canadian Nursing. *Canadian Journal of Nursing Research*, 51(1), 3–5. <https://doi.org/10.1177/0844562118795812>
- <sup>111</sup> Noone, J. (2008). The Diversity Imperative: Strategies to Address a Diverse Nursing Workforce. *Nursing Forum*, 43(3), 133–143. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00105.x>
- <sup>112</sup> Morrow, M. R. (2021). Holistic Admission: What Is It? How Successful Has It Been in Nursing, and What Are the Possibilities? *Nursing Science Quarterly*, 34(3), 256–262. <https://doi.org/10.1177/08943184211010431>
- <sup>113</sup> Murray, T. A., Simmons, K. J., Boyd, E., Holmes, S., Bobo, T. L., & Turner, J. (2022). Evidence-based strategies to advance BSN student diversity. *Journal of Professional Nursing*, 39, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.12.013> & Noone, J., Najjar, R., Quintana, A. D., Koithan, M. S., & Vaughn, S. (2020). Nursing workforce diversity: Promising educational practices. *Journal of Professional Nursing*, 36(5), 386–394. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2020.02.011> & Spencer, T. D. (2020). Improving Diversity of the Nursing Workforce Through Evidence-Based Strategies. *Journal of Nursing Education*, 59(7), 363–364. <https://doi.org/10.3928/01484834-20200617-01> & Scott, L. D., & Zerwic, J. (2015). Holistic review in admissions: A strategy to diversify the nursing workforce. *Nursing Outlook*, 63(4), 488–495. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.01.001>
- <sup>114</sup> Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2015). *Coming together, moving forward: Building the next chapter of Ontario's rural, remote & northern nursing workforce*. [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RR\\_May8.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RR_May8.pdf)
- <sup>115</sup> Lalonde, M. (2019). The Forgotten: The Challenges Faced by Francophone Nursing Candidates following the Introduction of the NCLEX-RN in Canada. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 32(4), 66–73. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2020.26100>
- <sup>116</sup> MacLeod, M. L. P., Stewart, N. J., Kulig, J. C., Anguish, P., Andrews, M. E., Banner, D., Garraway, L., Hanlon, N., Karunanayake, C., Kilpatrick, K., Koren, I., Kosteniuk, J., Martin-Misener, R., Mix, N., Moffitt, P., Olynick, J., Penz, K., Sluggett, L., Van Pelt, L., ... Zimmer, L. (2017). Nurses who work in rural and remote communities in Canada: A national survey. *Human Resources for Health*, 15(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0209-0>
- <sup>117</sup> Association des hôpitaux de l'Ontario. (2022). *Practical solutions to maximize health human resources*. <https://www.oha.com/Bulletins/Practical%20Solutions%20to%20Maximize%20HHR.pdf>
- <sup>118</sup> Daly, B. (2021, November 4). *Student loan forgiveness in Canada*. Loans Canada. <https://loanscanada.ca/debt/student-loan-forgiveness-in-canada/>
- <sup>119</sup> Gouvernement du Canada. (2022). Exonération de remboursement du prêt d'études pour les médecins de famille et le personnel infirmier. <https://www.canada.ca/fr/services/prestations/education/aide-etudiants/bourses-prets/rembourser/aide-remboursement/medicins-infirmier.html>
- <sup>120</sup> Syndicat des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique. (2022, 15 mai). *Nurse staffing crisis: What creative solutions are out there to address this chronic problem?* <https://www.bcnu.org/news-and-events/update-magazine/2022/spring-2022/nurse-staffing-crisis> & Vancouver Coastal Health. (2021). *Employed student nurse (ESN) program*. <https://careers.vch.ca/work-here/students-and-residents/employed-student-nurse-esn-program/>
- <sup>121</sup> Louisiana Children's Medical Center Health. (2021, 18 mai). *Chamberlain University and LCMC Health launch first-of-its-kind tuition-free nursing program to combat nursing workforce shortages*. <https://www.lcmchealth.org/blog/2021/may/chamberlain-university-and-lcmc-health-launch-fi/>
- <sup>122</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2022). *Lignes directrices de participation au programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers de 2022-2023*. [https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hhrsd/nursing/docs/NGG\\_Guidelines.pdf](https://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hhrsd/nursing/docs/NGG_Guidelines.pdf)
- <sup>123</sup> Baumann, A., Hunsberger, M., & Crea-Arsenio, M. (2011). Workforce integration of new graduate nurses: Evaluation of a health human resources employment policy. *Healthcare Policy*, 7(2), 47–59.
- <sup>124</sup> Buchan, J., Shaffer, F., & Catton, H. (2018). *Policy brief: Nurse retention*. Conseil international des infirmières. [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018\\_ICNM%20Nurse%20retention.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2018_ICNM%20Nurse%20retention.pdf)
- <sup>125</sup> Tomblin-Murphy, G., Sampalli, T., et al. (2022). Investing in Canada's Nursing Workforce Post-Pandemic: A Call to Action. Société royale du Canada.
- <sup>126</sup> Syndicat des infirmières et infirmiers autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador. (2022, 1<sup>er</sup> mars). *Government and nurses collaborate to help address challenges facing the nursing profession* [Communiqué de presse]. <https://rnunl.ca/government-and-nurses-collaborate-to-help-address-challenges-facing-the-nursing-profession/>
- <sup>127</sup> Province de la Nouvelle-Écosse. (2021, 18 novembre). *Office finding innovative solutions for healthcare recruitment* [Communiqué de presse]. <https://novascotia.ca/news/release/?id=20211118005>
- <sup>128</sup> Bourgeault, I.L., Chamberland-Rowe, C., & Simkin, S. (forthcoming) Co-developing an Integrated Primary Care Workforce Plan at the Regional Level: An Introductory Overview and Commentary. *Human Resources for Health*.

---

Kuhlmann, Ellen, Ronald Batenburg, Matthias Wismar, Gilles Dussault, Claudia B. Maier, Irene A. Glinos, Natasha Azzopardi-Muscat et al. "A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe." *Health Research Policy and Systems* 16, no. 1 (2018): 1-8.

<sup>129</sup> Fraher, E. (2017). *Workforce planning for a rapidly changing healthcare system* [Webinaire]. American Hospital Association. <https://www.aha.org/system/files/content/17/171101-workforce-webinar.pdf>

<sup>130</sup> Murphy, G. T., Birch, S., MacKenzie, A., Alder, R., Lethbridge, L., & Little, L. (2012). Eliminating the shortage of registered nurses in Canada: an exercise in applied needs-based planning. *Health policy*, 105(2-3), 192-202.

<sup>131</sup> Tomblin Murphy, G., MacKenzie, A., Alder, R., Birch, S., Kephart, G., & O'Brien-Pallas, L. (2009). An applied simulation model for estimating the supply of and requirements for registered nurses based on population health needs. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 10(4), 240-251.

<sup>132</sup> Bourgeault, I.L., Chamberland-Rowe, C., & Simkin, S. (forthcoming). *Co-developing an Integrated Primary Care Workforce Plan at the Regional Level: An Introductory Overview and Commentary*. Human Resources for Health.

Kuhlmann, Ellen, Ronald Batenburg, Matthias Wismar, Gilles Dussault, Claudia B. Maier, Irene A. Glinos, Natasha Azzopardi-Muscat et al. "A call for action to establish a research agenda for building a future health workforce in Europe." *Health Research Policy and Systems* 16, no. 1 (2018): 1-8.

<sup>133</sup> Moulton, P. L., Wiebusch, P. L., Cleary, B. L., Brunell, M. L., Napier, D. F., Bienemy, C., LeVasseur, S. A., & Cimiotti, J. P. (2012). Toward standardization (Part 2): National nursing minimum data sets consensus building and implementation status. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 13(3), 162–169.

<https://doi.org/10.1177/1527154412466920>

<sup>134</sup> Institut canadien d'information sur la santé. (2012) Guide du fichier minimal sur les ressources humaines de la santé [https://secure.cihi.ca/free\\_products/HHR\\_MDS\\_Guide\\_Aug2013\\_FR.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HHR_MDS_Guide_Aug2013_FR.pdf)

<sup>135</sup> René, B. (2021). *Le Canada au-delà de la COVID*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. <https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2021/06/Canada-Beyond-COVID-magazine-EN.pdf>

<sup>136</sup> Li, Y., Greenwood, L., Eichelberger, L. W., Marion, L., Cleghorn, J., Wheeler, R., & Cimiotti, J. P. (2022). State and national data on the Georgia nursing workforce. *Nursing Outlook*, 70(1), 47–54.

<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.07.005> & Barnes, H., & Novosel, L. M. (2018). A scoping review of nurse practitioner workforce data: Part two of a four-part series on critical topics identified by the 2015 Research Agenda Roundtable. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(12), 685–695.

<https://doi.org/10.1097/JXX.000000000000069> & Gillam, M., Leach, M., Muller, J., Gonzalez-Chica, D., Jones, M., Muyambi, K., Walsh, S., & May, E. (2020). Availability and quality of publicly available health workforce data sources in Australia: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 10(1), e034400.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034400> & Gaynor, L., Gallasch, T., Yorkston, E., Stewart, S., Bogossian, F., Fairweather, C., Foley, D., Nutter, H., Thompson, J., Stewart, L., Anastasi, J., Kelly, J., Barnes, L., Glover, P., & Turner, C. (2007). The Future Nursing Workforce in Australia: Baseline Data for a Prospective Study of the Profile, Attrition Rates and Graduate Outcomes in a Contemporary Cohort of Undergraduates. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 11–20. <https://doi.org/10.3316/informit.251818327577604> & Middleton, S., Gardner, G., Gardner, A., Della, P., Gibb, M., & Millar, L. (2010). The first Australian nurse practitioner census: A protocol to guide standardized collection of information about an emergent professional group: Australian nurse practitioner census: A protocol guide. *International Journal of Nursing Practice*, 16(5), 517–524. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01877.x> & Moulton, P. L., Wiebusch, P. L., Cleary, B. L., Brunell, M. L., Napier, D. F., Bienemy, C., LeVasseur, S. A., & Cimiotti, J. P. (2012). Toward standardization (Part 2): National nursing minimum data sets consensus building and implementation status. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 13(3), 162–169. <https://doi.org/10.1177/1527154412466920>

<sup>137</sup> Gaynor, L., Gallasch, T., Yorkston, E., Stewart, S., Bogossian, F., Fairweather, C., Foley, D., Nutter, H., Thompson, J., Stewart, L., Anastasi, J., Kelly, J., Barnes, L., Glover, P., & Turner, C. (2007). The Future Nursing Workforce in Australia: Baseline Data for a Prospective Study of the Profile, Attrition Rates and Graduate Outcomes in a Contemporary Cohort of Undergraduates. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, 25(2), 11–20. <https://doi.org/10.3316/informit.251818327577604>

<sup>138</sup> Bourgeault, I. L., Chamberland-Rowe, C., & Demers, C. (2021). *Introduction to the health workforce in Canada*. Réseau canadien des personnels de santé. [https://www.hhr-rhs.ca/images/Intro\\_to\\_the\\_Health\\_Workforce\\_in\\_Canada\\_Chapters/02\\_Introduction.pdf](https://www.hhr-rhs.ca/images/Intro_to_the_Health_Workforce_in_Canada_Chapters/02_Introduction.pdf)

<sup>139</sup> Bourgeault, I. L., Chamberland-Rowe, C., & Simkin, S. (2021). Co-developing an integrated primary care workforce planning approach at a regional level: Overarching framework and guiding principles. *Human Resources for Health*, 19(1), 1-6.

<sup>140</sup> Bourgeault, I. L., Chamberland-Rowe, C., & Demers, C. (2021). *Introduction to the health workforce in Canada*. Réseau canadien des personnels de santé. [https://www.hhr-rhs.ca/images/Intro\\_to\\_the\\_Health\\_Workforce\\_in\\_Canada\\_Chapters/02\\_Introduction.pdf](https://www.hhr-rhs.ca/images/Intro_to_the_Health_Workforce_in_Canada_Chapters/02_Introduction.pdf)

---

<sup>141</sup> Kunjumen, T., Okech, M., Diallo, K., Mcquide, P., Zapata, T., & Campbell, J. (2022). Global experiences in health workforce policy, planning and management using the Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method, and way forward. *Human Resources for Health*, 19(1), 152. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00695-9>

<sup>142</sup> Namaganda, G. N., Whitright, A., & Maniple, E. B. (2022). Lessons learned from implementation of the Workload Indicator of Staffing Need (WISN) methodology: An international Delphi study of expert users. *Human Resources for Health*, 19(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00675-z>

<sup>143</sup> <https://hwd.health.gov.au/headsupp/>

<sup>144</sup> Robertson, Chris (2021) [Overview of the Australian National Registration Scheme and National Health Workforce Dataset.](#)

<sup>145</sup> <https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/workforce-projections>

<sup>146</sup> Bourgeault, I. L. (2021). A path to improved health workforce planning, policy, and management in Canada: The critical co-ordinating and convening roles for the federal government to play in addressing eight percent of its GDP. *The School of Public Policy Publications*, 14(39), 1-30. [https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2021/12/HC5\\_Improved-Health-Care\\_Bourgeault.pdf](https://www.policyschool.ca/wp-content/uploads/2021/12/HC5_Improved-Health-Care_Bourgeault.pdf)

## Annexe 1. Une méthodologie exhaustive par revue rapide

Une approche multiméthodologique a été appliquée pour cette revue rapide, mais exhaustive de solutions fondées sur des données probantes, plusieurs stratégies de recherche ont été utilisées : (1) consulter la documentation révisée par des pairs et sur les politiques, (2) effectuer une analyse environnementale, (3) distribuer un sondage aux négociateurs-chefs des membres de la FCSII, et (4) mener des entrevues individuelles et de groupe en ligne avec les intervenants clés en soins infirmiers.

D'abord, les trois bases de données (CINAHL, Medline et PubMed) rassemblant la documentation publiée ont été examinées avec l'aide d'une bibliothécaire en sciences sociales de l'Université d'Ottawa (et elle a été révisée par une autre bibliothécaire), en se servant des trois concepts suivants : (1) la main-d'œuvre en santé, (2) les données sur la main-d'œuvre, et (3) la planification de la main-d'œuvre. Les résultats de cette stratégie de recherche ont été importés dans Covidence, une plateforme utilisée pour appuyer le processus de filtrage, d'extraction et de synthèse des données. Afin de mieux sélectionner les écrits les plus pertinents, les critères d'inclusion suivants ont été définis : (1) toute donnée associée à la planification et aux données sur la main-d'œuvre infirmière, à la rétention, à l'approvisionnement, à la demande, aux obstacles, aux facteurs qui facilitent, aux stratégies et aux initiatives liées à la main-d'œuvre, (2) aucune restriction concernant la date, le type ou la langue de la publication. Une recherche additionnelle propre aux solutions de rétention a été menée à l'aide de l'équation de recherche avec les termes en anglais suivants : *(MH "Nursing Manpower+") AND ((MH "Personnel Loyalty") OR (MH "Personnel Recruitment") OR (MH "Personnel Retention") OR (MH "Personnel Staffing and Scheduling") OR (MH "Personnel Turnover") OR (MH "Job Satisfaction") OR (MH "Work Environment") OR (MH "Burnout, Professional+")) AND (TI (initiatives or programs or strateg\* or intervention\*))*.

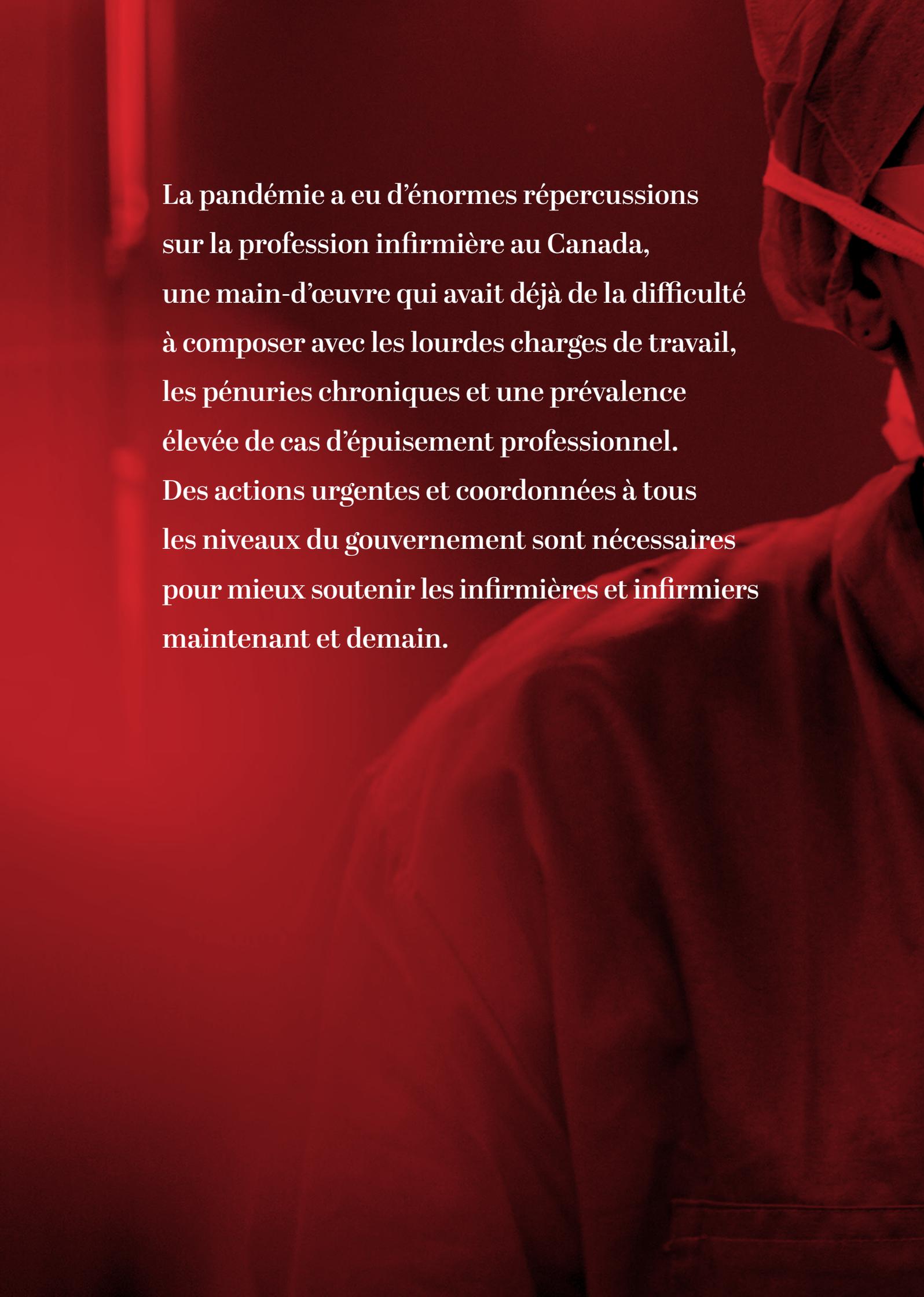
---

Ensuite, une analyse environnementale des sites Web gouvernementaux et de la documentation parallèle a été effectuée pour identifier toute initiative de main-d'œuvre infirmière mise en œuvre à travers le Canada, se concentrant surtout sur certains enjeux concernant la dotation en personnel infirmier, les charges de travail ainsi que la rétention, le retour à la pratique et le recrutement. Les sites Web des syndicats d'infirmières et d'infirmiers et des services gouvernementaux des différentes provinces/territoires du Canada, ainsi que ceux d'organisations pancanadiennes clés ont également été consultés pour obtenir des mises à jour sur la main-d'œuvre infirmière. Une enquête à des fins informatives seulement des négociateurs-chefs de la FCSII a été réalisée pour compléter l'analyse environnementale pour s'assurer de couvrir les initiatives prometteuses, incluant le thème spécifique des articles pertinents dans les ententes collectives.

Enfin, après avoir obtenu l'approbation du comité d'éthique en recherche de l'Université d'Ottawa, des entrevues individuelles et en groupe ont été effectuées pour identifier les solutions fondées sur des données probantes les plus pertinentes et pour mieux comprendre les obstacles et les facteurs qui facilitent la planification de la main-d'œuvre infirmière au Canada. Trois séances avec des intervenants ont été enregistrées, transcrites et des pratiques prometteuses en ont été extraites en fonction des catégories et des sous-catégories de recrutement, de retour et de recrues. Des citations textuelles ont été extraites afin de fournir des détails supplémentaires. Deux des entrevues avec les intervenants ont eu recours à une séance animée à l'aide du logiciel Xleap afin de regrouper et de classer l'ordre des solutions pour une discussion ciblée (*voir Image 5*).







La pandémie a eu d'énormes répercussions sur la profession infirmière au Canada, une main-d'œuvre qui avait déjà de la difficulté à composer avec les lourdes charges de travail, les pénuries chroniques et une prévalence élevée de cas d'épuisement professionnel. Des actions urgentes et coordonnées à tous les niveaux du gouvernement sont nécessaires pour mieux soutenir les infirmières et infirmiers maintenant et demain.