Reformuler la dotation infirmière pour révolutionner les soins de santé au Canada

Un coup d'œil sur le premier Sommet national sur les ratios infirmières-patients 2024

Michael J. Villeneuve, M. Sc., IA, FAAN, FRCN, FFNWRCSI, FCAN

Mai 2025

FCSII

LA FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

La FCSII est la plus grande organisation infirmière au Canada. Elle représente infirmières et infirmiers syndiqués de première ligne de tous les secteurs de soins — soins à domicile, SLD, soins communautaires et actifs — ainsi que les étudiantes et étudiants en sciences infirmières. Elle se porte à la défense d'enjeux prioritaires afin de consolider les soins de santé publics partout au pays.

Auteur du rapport

Michael J. Villeneuve, M. Sc., IA, FAAN, FRCN, FFNWRCSI, FCAN

Michael Villeneuve Associates

En 2022, Michael Villeneuve a quitté son poste de chef de la direction de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. Il est ensuite retourné à son rôle principal, en l'occurrence celui de consultant au cabinet Michael Villeneuve Associates. En effet, il agit en tant que chargé de cours adjoint à l'University of Toronto et professeur adjoint à l'Université McGill en plus de poursuivre sa publication de documents et de présenter des discours sur une panoplie de sujets touchant le leadership dans le milieu des sciences infirmières et des politiques publiques.

Publié par

Fédération canadienne des syndicats
d'infirmières et infirmiers
2841, promenade Riverside
Ottawa (ON) K1V 8X7
613-526-4661
www.fcsii.ca

ISBN
Version numérique: 978-1-990840-46-3
Version imprimée: 978-1-990840-45-6

L'équipe de projet de la FCSII

Coordonnatrice de la recherche : Alexandra Hamill
Conceptualisation et implantation : Holly Drew
Soutien du projet : Oxana Genina

Traduction

Traduction : Valier Santerre, B. Trad,
M. Fr. (s.-l.), OTTIAQ

© 2025 Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
Tous droits réservés. Aucune partie de ce livre ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation de l'éditeur.

Organisations membres de la FCSII

Registered Nurses' Union Newfoundland & Labrador

UNA United Nurses of Alberta

New Brunswick Nurses Union NBNU SIINB Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

pei nurses

BC NURSES' UNION

Nova Scotia Nurses' Union

L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

sun SASKATCHEWAN UNION OF NURSES

CNSA AEIC

mnu MANITOBA NURSES UNION

Consultez le résumé du rapport *Reformuler la dotation infirmière pour révolutionner les soins de santé au Canada.*

Balayez le code QR pour lire le résumé du rapport en anglais ou en français.

Balayez le code QR pour lire le rapport complet *Ratios infirmières-patients.*
Le rapport complet est uniquement publié en anglais.

Reconnaissance

Contribution financière :

Santé Canada Health Canada

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Une note sur la terminologie infirmière

Au Canada, nous trouvons quatre catégories d'infirmières et infirmiers. Dans le rapport présent, nous verrons des titres, notamment celui *d'infirmière/infirmier autorisé(e); d'infirmière/infirmier auxiliaire autorisé(e)* — en Ontario seulement; *d'infirmière/infirmier praticien(ne);* et *d'infirmière/infirmier psychiatrique.*

Le terme *infirmière/infirmier* du rapport présent ne réfère qu'aux ratios infirmières-patients et non qu'à une seule catégorie. Des renseignements additionnels sur les catégories et les rôles que joue le personnel infirmier sont inscrits dans le rapport intitulé « Les soins réglementés au Canada : le portrait de 2021 » (Almost, 2021).

Table des matieres

Message de Linda Silas, présidente de la FCSII ..... - 2 -

Hommage aux habitants autochtones qui ont vécu sur les terres où nous vivons et travaillons ..... - 4 -

Résumé ..... - 5 -

Stratégie fondamentale ..... - 6 -

La création d'un Conseil national pour l'implantation des ratios infirmières-patients ..... - 6 -
Les activités prioritaires ..... - 7 -

Ce qu'on en retire ..... - 7 -

Pistes de réflexion ..... - 8 -

Quel est le problème? ..... - 8 -

Le parcours jusqu'en 2024 ..... -9 -

Côté pratique : qu'advient-il à la ligne de front? ..... - 12 -

Emplois au Canada : les tendances ..... - 13 -
Ce qu'en dit le personnel infirmier ..... - 16 -
Résumons ..... -17 -

Illumination ..... - 18 -

L'état de la science ..... - 18 -

L'impact de la dotation infirmière sur les résultats ..... - 18 -
Les normes et taux de la dotation : La sécurité est primordiale ..... - 19 -
En bref : les expériences canadiennes et internationales touchant les ratios dans la dotation ..... - 22 -
Responsabilisation ..... - 25 -

Un sommaire ..... - 25 -

Leçons à tirer du Sommet ..... - 27 -

Organisation du Sommet ..... - 28 -

Au pupitre ..... - 29 -
Rapporteur et rapport ..... - 29 -
Incitation à l'implication des déléguées ..... - 29 -
Sommaire des discussions tenues au Sommet ..... - 36 -

Il n'y a plus de temps à perdre : on se met au boulot. ..... - 39 -

Comment parvenir au but - à réaliser cet objectif? ..... - 40 -

Les messages clés du Sommet ..... - 40 -

Réussir l'implantation de ratios infirmières-patients au Canada : un plan ..... - 44 -

Une stratégie pierre-angulaire ..... - 45 -

Conclusion ..... - 47 -

Bibliographie ..... **- 49 -**
Addendum A ..... **- 55 -**
Les organisations qui ont participé au Sommet ..... **- 55 -**
Addendum B ..... **- 57 -**
Ressources partagées avec les participantes au Sommet ..... **- 57 -**
Présentation des diapositives des oratrices aux séances plénières ..... - 57 -

Message de Linda Silas, présidente de la FCSII

Depuis plus de deux décennies, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) a reconnu les ratios infirmières-patients comme une stratégie essentielle pour assurer des soins sécuritaires et de haute qualité à tous les patients. En 2005, nous avons publié le document d'orientation fondamental intitulé *Enhancement of Patient Safety through Formal Nurse-Patient Ratios (Amélioration de la sécurité des patients grâce à des ratios infirmières-patients officiels)* par la Dre Gail Tomblin Murphy. Il s'agissait de notre premier appel à l'action pour demander que l'on explore davantage cette action politique prometteuse.

Aujourd'hui, le message est plus urgent que jamais. La résurgence de l'intérêt et de l'action autour des ratios minimums infirmières-patients réglementés, y compris des engagements à grande échelle à l'égard de solutions en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse, indique que le Canada est prêt à ce changement et que nous devons tirer parti de cet élan. Les ratios infirmières-patients officiels ne sont pas seulement un outil de dotation; ils constituent une politique éprouvée et fondée sur des données probantes qui sauve des vies, appuie le maintien en poste et crée les conditions dont les infirmières et infirmiers ont besoin pour dispenser les soins pour lesquels ils ont été formés.

Partout au Canada, nos infirmières et infirmiers travaillent dans un contexte de crise des ressources humaines, nos hôpitaux ne tiennent qu'à un fil, et les conséquences sont terribles. Les patients sont confrontés à des retards dans les soins, à des obstacles à l'accès et à des taux inquiétants d'incidents de sécurité pour les patients; pendant ce temps, l'acuité des besoins des patients et la demande de la population pour des soins infirmiers continuent d'augmenter. Les ratios infirmières-patients dangereux, entre autres, entraînent un épuisement professionnel, des préjudices moraux, une mauvaise santé mentale et l'intention de partir, ce qui signifie que nous perdons du personnel infirmier plus rapidement que nous ne pouvons le former. Les infirmières et infirmiers ont estimé que les ratios minimums infirmières-patients réglementés étaient un facteur encore plus important que les augmentations de salaire et qu'ils influeraient sur leur décision de rester au sein de leur emploi.

Le personnel infirmier a toujours su ce qu'il fallait. Maintenant, nous avons plus que suffisamment de recherches, d'expérience et de témoignages de première ligne pour agir avec confiance. Partout dans le monde, les pays et les administrations qui ont adopté les ratios minimums infirmières-patients sécuritaires constatent de meilleurs résultats pour les patients, le personnel infirmier et les systèmes de santé. Nous ne pouvons pas nous permettre de prendre du retard.

La mise en œuvre des ratios minimums infirmières-patients réglementés est une étape essentielle vers la modernisation de la main-d'œuvre infirmière du Canada et la mise en place de systèmes de santé résilients et adaptés aux besoins de nos collectivités. Pour fonctionner, les ratios doivent être plus qu'une promesse politique. Ils doivent être inscrits dans la législation, financés de manière appropriée et soutenus par une véritable planification de la main-d'œuvre, l'éducation et une infrastructure de données. Les ratios infirmières-patients doivent devenir l'épine dorsale de la transformation du système de santé.

Le Sommet sur les ratios infirmières-patients de 2024 a été une occasion clé de réunir des experts des syndicats, du milieu universitaire, du gouvernement, des employeurs et des organismes de défense des droits de la santé afin de réfléchir aux prochaines étapes de la diffusion et de la portée des ratios infirmières-patients en déterminant une stratégie politique canadienne.

Je tiens à remercier tous ceux et celles qui ont rendu possible ce sommet historique. Aux nombreux participants représentant le personnel infirmier, les syndicats, la recherche, le gouvernement, les employeurs et les organismes de défense des droits du personnel infirmier, je tiens à vous remercier d'avoir participé, de vous être exprimés et d'avoir partagé vos points de vue inestimables. Un merci tout particulier à ma fantastique coprésidente, la professeure Jane Ball, dont la passion pour la dotation sécuritaire a donné vie à l'événement. Je suis reconnaissante à nos présentateurs exceptionnels : La Dre Leigh Chapman, Lisa Fitzpatrick, Adriane Gear, Janet Hazelton, la professeure Alison Leary, Michelle Mahon, la Dre Kim McMillan et Helen Whyley, pour avoir généreusement partagé leur expertise et leur expérience.

Merci également à la Dre Candice McTavish et à Andrea Blain pour la production du présent rapport sur les données probantes, ainsi qu'à Alexandra Hamill et Justin Hiltz pour l'élaboration du résumé de la visite d'étude sur les ratios infirmières-patients, qui ont tous deux contribué à jeter les bases essentielles d'un dialogue éclairé. J'aimerais également remercier Gerard Murphy et son équipe de Barefoot Facilitation Inc. d'avoir guidé les participants dans le travail stimulant et collaboratif du sommet. Sincères remerciements à Michael Villeneuve pour avoir capturé la journée dans ce rapport final, et à Kathryn Maxfield pour ses enregistrements graphiques convaincants des discussions.

Mes remerciements vont également à l'équipe dévouée de la FCSII, dont les efforts inlassables ont donné vie à cet événement. Enfin, j'exprime ma gratitude à Santé Canada pour son soutien financier, qui a contribué à faire du sommet une réalité. Unir nos forces dans la solidarité est la façon dont nous trouverons la voie à suivre.

Il est temps d'adopter une approche nationale coordonnée. Il est temps d'aller au-delà des projets pilotes et des promesses, et d'offrir des normes de soins réelles et exécutoires. Comme l'a déclaré Howard Catton, PDG du Conseil International des Infirmières, lors du 7e Sommet ministériel mondial sur la sécurité des patients de l'Organisation mondiale de la santé, la sécurité et le bien-être du personnel et la sécurité des patients sont les deux faces d'une même pièce, « on ne peut avoir l'un sans l'autre ».

Les données probantes sont là, le besoin est urgent, et les infirmières et infirmiers du Canada sont prêts.

Solidairement vôtre,

Linda Silas
Présidente de la FCSII

Hommage aux habitants autochtones qui ont vécu sur les terres où nous vivons et travaillons

D'un océan à l'autre, nous reconnaissons le territoire ancestral et non cédé de tous les Inuits, Métis et peuples des Premières Nations qui appellent ces terres leur chez-soi. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers est située sur le territoire traditionnel non cédé du peuple algonquin Anishinaabeg. En tant que colonisateurs et visiteurs, nous estimons qu'il importe de reconnaître l'importance de ces terres que nous appelons notre chez-soi. Nous le faisons pour réaffirmer notre engagement et notre responsabilité à améliorer les relations entre les nations, à travailler à la guérison des plaies du colonialisme et à améliorer notre propre compréhension des peuples autochtones locaux et de leurs cultures.

Résumé

La main-d'œuvre canadienne en soins infirmiers se retrouve dans une situation de crise à la suite de décennies de négligence de politiques qui a ranimé les pénuries toujours grandissantes et a mené à des conditions de pratiques non sécuritaires. Malgré la présence d'un corps professionnel grandement instruit et règlementé, le sous-investissement de longue date a abouti à des manques à gagner projetés de 100 000 infirmières autorisées d'ici 2030. La pandémie de la COVID-19 a empiré la situation, mettant en litige la santé des patients et a éloigné ces travailleuses vu les charges de travail insoutenables, les cédules imprévisibles, la détérioration de la santé mentale et l'abus en milieu de travail.

Les recherches démontrent que la dotation accrue d'infirmières améliore les résultats envers les patients, l'organisation et le système quoique les soins de santé demeurent un des rares secteurs à risque élevé qui fonctionne sans la protection mandatée de mesures de protection minimales accordées à ses mains-d'œuvre les plus vulnérables. Alors que des juridictions canadiennes et internationales adoptent des ratios minimums infirmières-patients réglementés ou en ont déjà mis en pratique, leur implantation est tout de même sporadique et irrégulière. L'expérience suggère que les modèles de ratios minimums infirmières-patients efficaces accentuent le besoin de normalisation et de responsabilisation, y compris des politiques obligatoires de dotation de main-d'œuvre de façon à améliorer les soins aux patients et la rétention du personnel infirmier.

Les facteurs clés du succès des ratios minimums infirmières-patients comprennent l'engagement formel des politiciens et des employeurs, le financement, la planification de la main-d'œuvre, l'implication substantielle des parties prenantes, le recours à des données en temps réel et l'évidence la meilleure. La pénurie de main-d'œuvre et ses défis, les contraintes budgétaires et la résistance politique peuvent être lourdes; elles devraient être anticipées et traitées. En dépit des obstacles, les ratios minimums infirmières-patients proposent une stratégie de stabilisation de la main-d'œuvre infirmière, augmentent les résultats en sécurité et améliorent l'efficacité et la durabilité des soins de santé. Du coup, ils pourraient appuyer la refonte du système canadien de soins de santé le plus exceptionnel au monde.

Dans le but de comprendre sous tous ses angles l'appétit pour les ratios minimums infirmières-patients réglementés et pour la prise en considération du rôle possible de cette approche au Canada, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers a entrepris une recherche d'antécédents – en sollicitant une synthèse de l'évidence et en initiant une visite d'étude en Irlande et au Royaume-Uni. En dernier ressort, la Fédération a pris les choses en main et, en novembre 2024, a organisé le premier *Sommet national sur les ratios infirmières-patients* grâce au soutien financier de Santé Canada. L'activité a su assembler des parties prenantes de plus de 60 organisations, notamment des gouvernements, syndicats, chercheuses en sciences infirmières et employeurs pour qu'on puisse établir des recommandations sur la valeur éventuelle et les implications à la suite de l'implantation de ratios minimums infirmières-patients réglementés en tant qu'outil de stabilisation de la main-d'œuvre infirmière canadienne et de l'offre de soins meilleurs et plus sécuritaires pour le peuple canadien.

Bien que les ratios infirmières-patients puissent faire une différence majeure en termes de conditions de travail, ils ne constituent évidemment pas une solution unique : il ne s'agit qu'un des moyens d'alignement des ressources infirmières aux exigences des soins aux patients. La sécurité des patients constitue le besoin le plus important; suit l'implantation des ratios infirmières-patients qui réduirait les situations adverses tout en modernisant la main-d'œuvre infirmière canadienne. Dans un pays de la dimension et de la complexité du Canada, une approche coordonnée et progressive est essentielle pour assurer une

durabilité à long terme : l'équilibre de la législation, l'expansion de la main-d'œuvre, le financement et l'évaluation ininterrompues assureront la transformation des soins de santé durables par l'entremise des ratios infirmières-patients.

Pendant plus de vingt ans, on a étudié l'enjeu que représente la dotation de personnel infirmier; on l'a débattu et décrié au Canada tandis que le problème fâcheux de la rétention et du recrutement d'une saine main-d'œuvre infirmière a toujours mijoté sans résolution. La situation continue de se détériorer même en présence de solutions bel et bien testées.

Assez des discussions répétitives dans la *salle d'écho*. La livraison de soins de haute qualité au peuple canadien proviendra des actions urgentes du Canada qui stabiliseront sa main-d'œuvre infirmière. L'implantation des ratios minimums infirmières-patients engendrera la révolution des soins de santé en créant des normes fondamentales pour les milieux de travail sécuritaires, vibrants et satisfaisants. Cette action se traduirait en un engagement fort vers une stratégie définitive qui changera la donne; elle devrait aussi être tenue comme composante clé d'un plan de ressources humaines national robuste.

La stratégie de la pierre angulaire

La création d'un conseil national pour l'implantation de ratios infirmières-patients

Les participantes du premier Sommet national sur les ratios infirmières-patients se sont entendues pour dire que le Canada doit agir avec urgence afin de stabiliser sa main-d'œuvre infirmière et rehausser la sécurité des patients et l'efficacité systémique. La préparation d'un cadre et l'élaboration d'actions stratégiques pour faire face à la tâche complexe que représente la mise en place de ratios infirmières-patients nécessiteront la création d'un conseil national en coordination avec le leadership de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. Pour se faire épauler dans l'exécution de cette charge de travail prévisible, le conseil pourrait suivre le leadership d'une championne canadienne de renommée qui serait affectée aux présentations publiques et d'une directrice générale en plus de représentants et/ou représentantes des :

- Syndicats, y compris la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers et ses affiliés provinciaux;
- Gouvernements (Santé Canada, l'infirmière en chef), ministères provinciaux et territoriaux, principaux groupes de travail de consultation en soins infirmiers, responsables des orientations politiques);
- Employeurs et régies de la santé;
- Écoles de sciences infirmières et institutions de recherche;
- Associations professionnelles, et
- Groupes de défense des intérêts des patients et du public.

Les activités prioritaires

Le mandat initial du Conseil national sur les ratios infirmières-patients devrait être de deux ans. Tout au long du mandat, il proposera des rapports trimestriels fondamentaux et un rapport exhaustif sur les

accomplissements qui sera présenté en juin 2027. Les premières activités prioritaires du conseil devraient comprendre :

- L'implication des parties prenantes
- La défense des intérêts politiques
- Le financement et l'engagement
- Les connaissances et l'élaboration de politiques

La durabilité à long terme verra à l'intégration des ratios infirmières-patients dans la législation, les structures de la responsabilité, par exemple les normes de l'agrément, les modèles de financement et les efforts continus en ce qui a trait à l'amélioration. La réussite dépend de l'action politique probante, de la coopération inter-juridiction, de décisions sur les politiques fondées sur l'évidence la meilleure, de l'action vaste envers la stabilisation de la main-d'œuvre infirmière, des lieux des pratiques, de la rétention des infirmières, de l'engagement quant à la priorisation de la sécurité, de l'efficacité et de l'équité dans le cadre de l'offre de soins de santé.

Ce qu'on en retire

Le Canada doit procéder de façon urgente à la refonte de sa main-d'œuvre infirmière afin de prévenir son effondrement. L'implantation de ratios infirmières-patients rehaussera la sécurité des patients, la stabilité de la main-d'œuvre et l'efficacité organisationnelle. Toute réussite nécessite une planification stratégique, des investissements et de la collaboration. Malgré les défis anticipés durant le processus d'implantation, des ratios minimums infirmières-patients offrent la promesse de conditions améliorées, d'épargne des coûts et d'un système de soins de santé plus robuste.

Pistes de réflexion

Quel est le problème?

Au printemps 2025, le personnel infirmier canadien est arrivé au quart du vingt-et-unième siècle entouré de véhicules électriques, d'une industrie touristique spatiale en effervescence, de l'intelligence artificielle qui vont outre les attentes à un point tel qu'il finira par être dépassé. Une réflexion sur l'année 2000, donc avant que le peuple canadien imagine le lancement avant-gardiste d'outils, notamment l'iPhone en 2007, permet de penser qu'il eut été raisonnable de présumer que, désormais, plusieurs de défis persistants et fâcheux auxquels doivent faire face les infirmières et la main-d'œuvre infirmière auraient été traités et soutenus par l'évidence la meilleure. Hélas! Ce n'est pas le cas. Au fait, le monde des soins infirmiers se retrouve embourbé dans plus de situations chaotiques et instables qu'en aucun temps dans son histoire moderne, y compris les pénuries répandues de main-d'œuvre infirmière et la dotation insuffisante qui ont mené à des taux élevés de détresse morale, d'absentéisme, d'épuisement professionnel et d'intention de quitter les emplois ou la profession. La volatilité s'est imposée à grand coûts pour plusieurs membres de ce corps professionnel et a mené certains lieux de pratique et des employeurs au point du risque matériel.

Probablement encore plus important, c'est le cheminement jusqu'à l'année 2025 qui a mis en litige la santé publique et ses soins de santé même si le Canada poursuit son déploiement d'une des mains-d'œuvre les plus instruites et règlementées dans le monde. Et pourtant, les citoyens du pays subissent des longs temps d'attente pour se voir prodiguer des soins par trop peu d'infirmières. Qui plus est, la quantité de situations adverses dans les hôpitaux canadiens, y compris les soins non prodigués, est sérieuse. Plusieurs de ces résultats inacceptables sont directement liés à la dotation infirmière, surtout à l'échec dans le déploiement d'un nombre suffisant d'infirmières pour prodiguer les soins sécuritaires dont ont besoin les patients. Il semble que ces conditions - on dirait contradictoires - coexistent à l'ère moderne alors que la société et les sciences sont rendues si loin, accentuant dans le processus les sortes d'efforts complexes et épuisants vers la stabilisation et la modernisation des soins de santé.

Emblèmes du problème qu'affronte le Canada, les enquêtes que mène la version anglaise de la société Radio-Canada (CBC), ont confirmé qu'en 2024, l'Ontario a vécu sa pire année sur le plan des fermetures des services d'urgence, alors qu'au même moment, le Canada vivait les niveaux de diplomation de personnel infirmier le plus élevé de son histoire; la raison des fermetures était fondée sur la pénurie de personnel infirmier (Ireton, 2024). La province de l'Ontario n'est certes seule en ce qui touche les fermetures ou la pénurie d'infirmières; de plus, les manquements s'accentuent en ce qui a trait à l'offre de soins qui ne se limite pas aux hôpitaux. Quels sont les facteurs qui, au Canada, ont contribué à l'aboutissement à ce paradoxe et quelles sont les étapes pragmatiques à entreprendre, tout en étant informées par l'évidence? Voilà ce que les leaders et les gardiens du milieu infirmier canadien devront probablement déterminer pour se sortir de ces circonstances de façon définitive, opportune et transformative!

Le parcours jusqu'en 2024

Partout ailleurs dans le pays qui l'entoure, la main-d'œuvre infirmière de 2024 s'est vue grandement influencée par la démographie : celle des enfants de l'après-guerre, la cohorte de population la plus grande de l'histoire. Ces gens sont nés approximativement entre les années 1946 et 1964; leur nombre dans le siècle *présent* ne devrait surprendre personne puisque la monde entier était au courant de leur venue. Or, lorsqu'on prend en considération le statut de la main-d'œuvre canadienne, de l'accès aux soins de santé, du logement, des pensions et des programmes de protection sociale en 2024, les gouvernements et les leaders dans d'autres secteurs semblent s'être terriblement mal préparés.

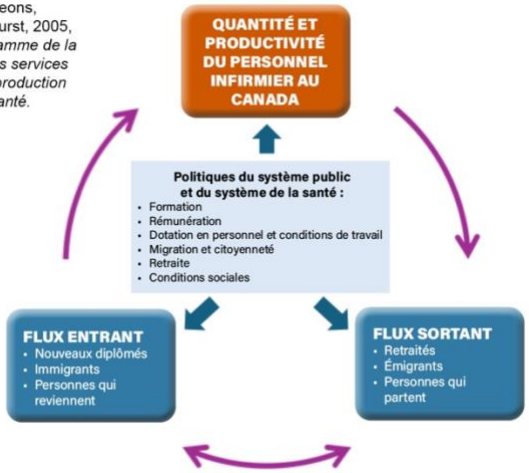
Jusqu'à l'aube des années 2000, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a sonné l'alarme à plusieurs reprises; elle s'était fondée sur la modélisation prédicatrice qui prenait en ligne de compte les pénuries éventuelles émanant d'un statu quo maintenu sans supervision. L'organisation proposait des solutions de politiques faisables qui, selon elle, élimineraient les pénuries dans la dotation de personnel infirmier en quinze ans (2002, 2009). Face à des pénuries éminentes, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers a lancé son propre plan d'actions tout en exprimant ses inquiétudes face aux dommages éventuels qui impacteraient la sécurité des patients (2005); l'organisation continue de faire lumière sur les liens entre la dotation de personnel et la sécurité dans le cadre de ses programmes de recherche courants (Ben Ahmed & Bourgeault, 2022; Scott-Marshall, 2023). Toutefois, on a grandement ignoré l'évidence la meilleure de l'époque. Ainsi, les inquiétudes originelles des infirmières du milieu des années 90 se sont depuis aggravées. En effet, dans le cadre d'une revue des politiques qu'ils ont intitulée A *crisis in Canada's nursing labour market*[1], Crea-Arsenio et Baumann (2023) ont mentionné les études pré-COVID-19 qui prévoyaient alors des pénuries de l'ordre de 60 000 membres du personnel infirmier au Canada en 2022 (Tomblin Murphy *et al*., 2012) et 100 000 ou plus à l'aube de 2030 (Scheffler & Arnold, 2019).

La compréhension des forces dynamiques, notamment les impacts de la démographie de la population, constitue un élément critique quant à la planification, au déploiement et à l'évaluation des ressources humaines dans le milieu infirmier. Même si le nombre, la combinaison et la productivité des infirmières autorisées sur le marché du travail à tout moment donné constituent des variables complexes et interreliées, la compréhension des forces qui les soutiennent n'a pas besoin d'être plus que compliquée. À cet égard, dans un rapport touchant les ressources humaines en milieu infirmier qu'a commandé l'Organisation européenne de coopération économique (OCSD) qui voulait évaluer le rendement des systèmes de santé de ses nations-membres (2004), on a utilisé un cadre de base (voir le tableau 1) toujours en existence (Simoens *et al*., 2005).

[1] Une crise dans le marché de la main-d'œuvre infirmière canadienne

Tableau 1 Facteurs qui influent sur le nombre et la productivité des infirmières au Canada

Adapté de Simeons, Villeneuve & Hurst, 2005, p.11. *Organigramme de la contribution des services infirmiers à la production des soins de santé.*



Simplifions! Le cadre de l'Organisation européenne de coopération économique illustre l'équilibre entre le nombre d'infirmières autorisées de la main-d'œuvre et le nombre de celles qui viennent de s'y ajouter, (c.à.d. les arrivantes, issus de trois sources) et celles qui s'en retirent (c.à.d. les partantes, aussi issues de trois facteurs). Le nombre d'infirmières qui arrivent dans la profession ou qui la quittent et leur productivité lorsqu'elles y œuvrent sont impactés par a) les lois et les politiques publiques, notamment les systèmes d'éducation, l'immigration, les lois sur la retraite, les pensions et les programme de sécurité sociale, et b) les politiques spécifiques touchant le système de santé, la législation et les conventions collectives qui mettent en place les conditions de travail, y compris la rémunération, le statut de l'emploi, par exemple le travail à temps plein ou partiel, la dotation de personnel et les cédules, pour en nommer que quelques-unes. La société IBM indique que la *productivité* constitue une mesure de l'efficacité attendue et réelle des travailleurs dans leurs accomplissements de buts organisationnels (les résultats); elle met « en relation avec les intrants, en l'occurrence le temps, l'effort et les ressources » (Stryker, n.d.) (*traduction*). Comme Stryker le remarquait, des facteurs peuvent impacter la productivité, notamment l'environnement de travail, le leadership, les communications, la gestion du temps, etc. Quant au milieu infirmier, une productivité accrue de la main-d'œuvre se traduit en une offre élargie de soins de santé sécuritaires prodigués au peuple canadien à peu près aux mêmes coûts et/ou au même montant que des services infirmiers offerts à l'aide de moindres ressources fiscales ou d'autres natures.

Les intrants, les extrants et la dynamique de la productivité interagissent sans cesse les uns avec les autres, surtout lorsque les politiques traitant les systèmes de santé varient. Parmi plusieurs industries, les gens peuvent quitter leur emploi ou la main-d'œuvre et, éventuellement, y retourner; Simeons *et al.* utilise les termes « les partantes et les revenantes[2] » dans le modèle infirmier de l'OCSD (2005) tout comme l'ont fait Ben Ahmed et Bourgeault dans le cadre de leur travail pour la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (2022). Nous devons noter ici que les infirmières qui quittent la main-d'œuvre et qui y retournent, en comparaison avec d'autres industries, subissent l'impact de la réalité que représente une main-d'œuvre grandement féminine. Plusieurs femmes, surtout celles qui s'engagent dans les professions de soins de santé, occupent encore les rôles qu'elles occupaient dans leur famille, notamment l'élevage fréquent des enfants et les soins apportés à des adultes plus âgés qu'elles, les

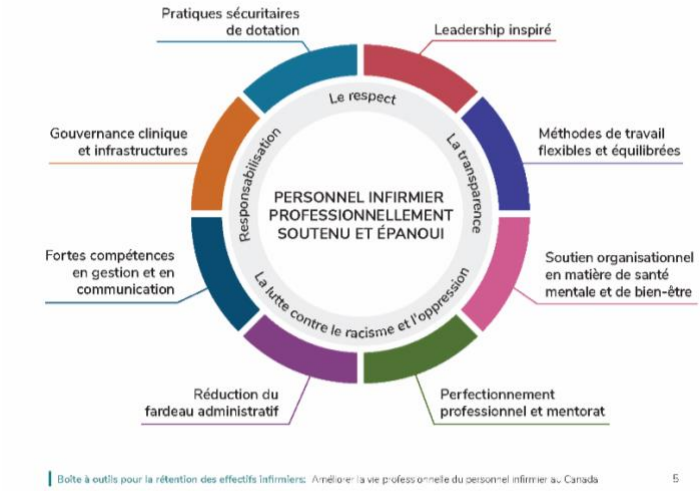
[2] Traduction libre

empêchant de se consacrer à plein temps à leur travail professionnel pendant des périodes intermittentes ou prolongées.

On reconnait l'importance de cet enjeu dans le contexte actuel des pénuries de personnel infirmier canadien mais elles ne peuvent *simplement pas être atténuées qu'en ouvrant tout grand le robinet* des arrivantes*.* La crise de la main-d'œuvre infirmière se veut un enjeu complexe exigeant l'engagement de moult parties prenantes envers la transformation et la durabilité à long terme par le biais de changements considérables dans la vie des infirmières. L'ajout soudain d'inscriptions dans les écoles de sciences infirmières et la gratuité des frais scolaires ne feront pas croitre le nombre de personnes autorisées dans la main-d'œuvre pendant des années à venir. La réduction des sortantes n'offrira pas non plus de solutions faciles. L'activation de leviers affectant les impôts et/ou les pensions, par exemple, ou la création de salaires exorbitants pourrait réussir à persuader quelques individus de demeurer à leur poste ou à retarder leur départ à la retraite. Or, l'atteinte du succès de plusieurs de ces stratégies s'avère plus difficile vu les contraintes monétaires. Des outils, notamment des salaires élevés et des primes, peuvent s'avérer très efficaces quant aux efforts déployés dans les cas de la rétention et du recrutement. Cependant, il faut agir prudemment puisque ces incitatifs savent exercer une influence chancelante lorsqu'il s'agit de la rétention de personnel sur une base à long terme dans le contexte de conditions de travail immuables et de personnes impliquées qui se sentent misérables dans la carrière qu'elles aiment tant.

L'élaboration d'une approche élargie qui permettra de s'attaquer aux trois dynamiques, en l'occurrence les entrantes, la productivité et les sortantes du personnels infirmier s'avère obligatoire. Santé Canada a publié la Boîte à outils sur la rétention infirmière - voir le tableau 2. Ce document propose un cadre pratique et utile composé de huit thèmes majeurs qui soutiennent des valeurs, buts et initiatives menant à l'action, le tout conçu pour renchérir une grande panoplie d'activités visant la rétention et le recrutement d'infirmières (Santé Canada, 2024). Ce cadre accentue les pratiques sécuritaires en dotation tout en maintenant l'intégrité qui règne dans le programme étalé de la rétention de personnel infirmier.

Figure 2 Thèmes majeurs, *Boîte à outils sur la rétention infirmière*, Santé Canada, 2024



Il en revient aux gouvernements, employeurs, syndicats et associations professionnelles de choisir les façons d'agir quant aux variables de productivité qu'ils peuvent impacter sur le court terme, en l'occurrence les conditions des lieux de pratique infirmière dont on connait d'ores et déjà les impacts directs sur les résultats au personnel infirmier, aux patients et aux organisations. Au cœur de ces enjeux se situe la dotation adéquate, sécuritaire et satisfaisante. Au Canada, un souffle grandissant de renouveau anime l'effort investi dans l'implantation de solutions définitives aux problèmes de la mauvaise dotation. Partout en Colombie-Britannique, on implante les ratios minimums infirmières-patients en tant que stratégie sécuritaire, tandis qu'au Québec, on le teste et qu'en Nouvelle-Écosse, on entre dans les phases initiales de planification. Dans d'autres parties du Canada, y compris le Manitoba et l'Ontario, des leaders ont amorcé le travail en s'impliquant à différentes étapes auprès des gouvernements, en motivant des membres de groupe de défense à élaborer des cas d'évidence et en créant des liens de soutien fort parmi les partenaires. L'expérience vécue dans d'autres pays a produit un corps de recherche robuste et des recommandations auxquelles on ajoute la Boîte à outils sur la rétention infirmière de Santé Canada qui ont montré la valeur éventuelle de l'implantation de ratios minimums infirmières-patients réglementés afin de pallier les dilemmes persistants et non résolus de la dotation. Cet enjeu est devenu le point central à l'inauguration du Sommet national sur les ratios infirmières-patients : activité que la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers a offerte avec l'appui financier de Santé Canada en novembre 2024.

Côté pratique : qu'advient-il à la ligne de front?

Dans les coulisses, le nombre d'infirmières appelées les enfants de l'après-guerre - donc qui prennent de l'âge et leur retraite - s'est ajouté à la quantité jamais connue de retraitées et à l'inquiétude face aux pénuries de main-d'œuvre issues d'autres sources qui persistent depuis plusieurs années. De plus, la pandémie de la COVID-19 a certes servi d'accélérateur qui a exacerbé ces dynamiques alors en jeu et qui avaient été bien documentées avant 2020. Une vaste liste d'études a démontré que la productivité de la main-d'œuvre infirmière se trouvait impactée négativement par des conditions persistantes et adverses dans plusieurs lieux de travail infirmier, notamment les pénuries chroniques, la sous-dotation, la fatigue, l'épuisement, le manque perçu de leadership dans la gestion et l'appui en plus du volume de tâches non-

infirmières exigées qui auraient pu être accomplies par du personnel non-infirmier. Ces enjeux n'ont fait que s'empirer alors que les types, l'acuité et la complexité des soins nécessaires à la population vieillissante se sont fondus au nombre de maladies chroniques qui continuent de monter en flèche. Pendant ce temps, la science médicale a connu une expansion massive créant ainsi des exigences dans des sphères de soins toutes nouvelles. Ces questions en attente de résolution continuent d'accroître les inquiétudes puisque la science infirmière est de plus en plus ferme en ce qui a trait aux conditions de travail sous optimales qui ne constituent pas seulement que des problèmes pour le personnel infirmier mais qui se lient aussi directement aux incidents adverses touchant les résultats chez les patients, dans la fiscalité, les systèmes et l'échelle organisationnelle ou y sont corrélés.

Les données arrondies sur la provision de personnel infirmier indique la présence de 478 000 infirmières et infirmiers autorisé(e)s au Canada en 2023, en l'occurrence 140 300 auxiliaires, 9 000 praticiennes et praticiens, 322 000 infirmières et infirmiers autorisé(e)s et 6 725 infirmières et infirmiers psychiatriques autorisé(e)s (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2024c) – au service d'une population nationale de près de 41,5 millions de citoyennes et citoyens. En se basant sur les données de 2021, l'Institut a trouvé que le taux du personnel infirmier autorisé au pays se situait entre 34 et 182 par 10 000 personnes (ICIS, 2023a) – alors qu'on observait des variations géographiques importantes dans toutes les régions.

Les conditions de travail moins qu'optimales sont problématiques non seulement pour les infirmières, elles sont aussi liées directement aux résultats chez les patients, dans la fiscalité, les systèmes et l'échelle organisationnelle.

Emplois au Canada : les tendances

Quoique le taux de personnel infirmier par rapport à la population canadienne (10,3 par 1 000) se retrouve tout juste au-dessus de la moyenne de l'OCDE (9,2 par 1 000) (OCDE, 2025), le nombre infirmières autorisées ne révèle qu'une partie de l'histoire de cette main-d'œuvre. En effet, les endroits où on embauche ces personnes et les manières dont on les emploie en disent davantage.

Le personnel infirmier : travail à temps plein ou partiel?

Au Canada, la plupart des infirmières autorisées (84 %) œuvrent dans des rôles directs alors que seulement 64 % d'entre elles ont des postes à temps plein (ICIS, 2024c). Aux États-Unis, au contraire, la proportion du personnel à temps plein est de 82 %, dont 85 % offrent des soins directs (*Human Resources & Services Administration*,[3] 2024) - desservant ainsi des millions d'heures additionnelles de soins dans le système américain - toute mesure faite contre la population. Quant aux membres du personnel qui recourent à l'absentéisme, les taux sillonnent autour de 19 jours au Canada (Statistiques Canada, 2023a), au lieu de 7 jours dans le service national britannique (*Royal College of Nursing,* 2024). Il va sans dire que maintes autres conditions impactent la productivité, y compris le champ de la pratique, l'expérience et l'expertise de chaque membre du personnel en plus de plusieurs conditions de travail négociées dans les conventions collectives, par exemple les vacances.

[3] Ressources humaines et Services administratifs, traduction libre

Qui plus est, citons, notamment, que seulement un tiers des personnes diplômées ontariennes d'avant la période de la COVID-19 avaient un emploi à plein temps (Baumann & Crea-Arsenio, 2023), et que ces jeunes personnes forment désormais la cohorte la plus nombreuse. Ces résultats font renverser le modèle en place pendant la grande partie des 25 dernières années alors que les infirmières d'âge plus avancé constituaient le groupe le plus abondant dans la main-d'œuvre. Par surcroît, plus souvent qu'autrement, elles étaient titulaires d'emplois à plein temps, et, du coup, leur impact sur la productivité de la main-d'œuvre.

Migration des collectivités rurales et éloignées

Les endroits où le personnel infirmier vit et travaille se sont aussi avérés problématiques pour la planification et le déploiement de la main-d'œuvre au Canada. La géographie compliquée de la population et sa distribution grandement asymétrique ont imposé leur part de défis historiques sur l'offre de soins de santé. En effet, alors qu'on qualifie 98 % du territoire canadien de région rurale ou éloignée (Infrastructure Canada, 2024), la proportion de personnes qui y vivent voient leur rang diminuer de 17,8 % en 2021 alors qu'il se situait à 18,7 % en 2016 (Statistique Canada, 2022). En général, les gens qui choisissent de vivre dans ces régions comprennent qu'il devront faire des compromis mais qu'ils méritent le droit à l'accès à un éventail de services publics dont les soins de santé - *conformément à la Loi canadienne sur la santé* - imposant ainsi des défis de taille aux gouvernements. À cet égard, le pays se rue vers un mur croissant devant l'accès fiable aux soins puisque, tout comme la population générale, la portion des professionnelles de la santé qui œuvrent dans les régions rurales et éloignées, y compris les médecins, pharmaciennes, ergothérapeutes et physiothérapeutes, a aussi diminué, (ICIS, 2024b). La proportion d'infirmières dans ces régions a connu un déclin plus important que celui vu dans la population générale : dans chaque catégorie et en moyenne, on est passé de 11,1 % en 2013 à 9,6 % une décennie plus tard (ICIS, 2024b). Lorsque l'on compare ces données aux trois autres catégories réglementées, les praticiennes font état de la proportion la plus importante de leur nombre au travail dans des environnements ruraux quoiqu'on y a vu une diminution de l'ordre de 18 % à 14 % durant la même période. Entre temps, la portion de la main-d'œuvre infirmière affectée dans les régions rurales a subi un baisse de 9,7 % à 8,8 % les infirmières autorisées s'inclinaient de 14,7 % à 11,1 % et leurs consœurs en milieu psychiatrique fléchissaient de 14,4 % à 12,2 %. Les tendances semblent s'exacerber dans plusieurs collectivités autochtones (Services aux Autochtones Canada, 2022), alors que les postes à combler dans des régions lointaines se situent à une moyenne aussi élevée que 67 % au Manitoba (*Canadian Press*, 2024). En tant que tel, une disparité s'accroît entre la proportion de gens qui auront éventuellement besoin des services infirmiers et la quantité de personnel infirmier qui pourra leur en prodiguer. De plus, il est intéressant de noter que les trois-quarts des infirmières qui pratiquent en régions rurales (de concert avec les trois-quarts de l'ensemble de leurs collègues en santé communautaire) tendent à être satisfaites ou très satisfaites de leur choix de carrière comparativement à leurs autres consœurs. (La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2025).

Les infirmières et infirmiers autorisées qui exercent d'autres professions

Lorsqu'il s'agit de la quantité et de la productivité de la main-d'œuvre en milieu infirmier, il faut noter le nombre de ces infirmières autorisées qui, toutefois, : *exercent un métier autre que le travail infirmier*. Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (2025), leur nombre, en l'occurrence environ 8 % de toutes les inscriptions, est demeuré stable depuis 2018 tandis qu'en Alberta, on connaissait des chiffres de 5 % en 2023-2024 (*College of Registered Nurses of Alberta*, 2023). Si ces données devaient comprendre tout le personnel infirmier autorisé du Canada, on aboutirait à une palette de 24 000 à 38 000 personnes autorisées (soit 5 % et 8 %, respectivement) et capables d'exercer leur métier mais qui optent de ne pas

le faire, peu importe les raisons. La relation possible entre ces sommes est incertaine. Or, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers signale qu'avant l'arrivée de la COVID-19, « un montant fulgurant de 60 % du personnel infirmier se disait en mesure de quitter leur emploi dans l'année suivante, et plus d'un-quart voulait quitter la profession, point final, (McGillis-Hall & Visekruna, 2020).

Les postes à combler

Le recrutement et la rétention de personnel infirmier de tout âge ont représenté un défi de grande taille. À cet égard, Baumann et Crea-Arsenio (2023) ont préparé un échantillon de 1 200 employeurs ontariens qui éprouvaient de la difficulté à recruter et rapportaient des pénuries. Quant aux annonces de postes à combler, dans ce cas-ci celles affichées en Ontario, ont augmenté de plus de 100 % selon les calculs exécutés en septembre des années 2019, 2020 et 2021 (Baumann & Crea-Arsenio, 2023). À l'échelle nationale, Statistique Canada a dénoté le début d'un déclin des postes à combler en milieu infirmier au début du troisième trimestre de l'exercice de 2024 quand on le compare avec les données du deuxième trimestre et celles de l'exercice financier précédent, soit en 2024. En revanche, ils ont tout de même fait rapport d'une augmentation de l'ordre de 55 % dans le cas des postes à combler en milieu infirmier au cours du troisième trimestre de 2024 comparé aux données affichées cinq ans auparavant, soit pendant le troisième trimestre de 2019. Ces « postes constituaient près des deux-tiers (64,8 %) de tous les postes ouverts dans le milieu de la santé (Statistique Canada, 2024) et, en janvier 2025, 52,5 % d'entre eux avaient été affichés pendant au moins 90 jours (Statistique Canada, 2025). Même en laissant de côté les membres du milieu infirmier qui tombaient malade après avoir contracté la COVID-19, souvent au travail d'ailleurs, les conditions et les attentes émergentes à la suite de l'arrivée de cette pandémie ont infligé des coups durs aux ressources humaines infirmières et, du coup, aux soins à prodiguer. Citons le cas des infirmières qui devaient, des mois durant, faire face aux charges de travail excessives et qui ne recevaient aucune aide quand venait le temps de se faire remplacer alors qu'on leur refusait du temps de congé ordinaire, l'accès non continu ou inexistant à des droits à l'usage d'équipement de protection personnelle et celles qui se sont fait déplacer, tels des pièces du jeu d'échecs, pour se retrouver dans des aires totalement inconnues de la pratique, voire dans des organisations tout à fait étrangères. Malgré les impacts dommageables qu'ont causé ces interruptions majeures, Baumann et Crea-Arsenio signalaient que, certes « de toute évidence, un problème grave de dotation en milieu infirmier émergeait d'ores et déjà avant la pandémie » (2023, p. 5), (traduction libre).

Ce qu'en dit le personnel infirmier

Le personnel infirmier au travail dans les points de soins de santé ont vécu l'une des périodes les plus tumultueuses et menaçantes de l'histoire entière. De plus, la pandémie de la COVID-19 a imposé des impacts particulièrement dérangeants sur les soins de santé au Canada. Depuis, ces professionnelles continuent de s'en sortir alors qu'un sondage de 2025 auprès de plus de 4 700 membres de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers a dressé un tableau inquiétant en ce qui a trait au statut de la main-d'œuvre infirmière au pays : tableau qui, malheureusement, confirme les résultats d'années de recherche et les expériences de l'ensemble de la main-d'œuvre active du milieu infirmier. Au fait, la plupart des personnes qui y ont participé étaient des infirmières autorisées (84 %) actives dans des rôles cliniques (72 %) et plus du tiers
(36 %) affichaient au moins vingt années d'expérience (la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2025).

Dans le sondage de 2025, la moitié du personnel infirmier (49 %) affirme que leur niveau de stress était élevé ou très élevé. Par surcroît, la moitié (50 %) ont mentionné que leur santé mentale était acceptable, piètre ou *terrible*. Ces conclusions coïncident avec celles des membres (30 %) qui prévoient quitter leur emploi (20 %) ou la profession (10 %) d'ici un an alors que s'ajoutent les intentions de partir à la retraite (7 %). Qui plus est, les membres en début de carrière semblaient plus portées à mentionner que leur évaluation de leur stress professionnel est élevé ou très élevé (57 %) et que 32 % des réponses indiquaient une grande tendance vers l'abandon de leur emploi en-dedans de douze mois. Comment expliquer ce mécontentement? Bien qu'on ne puisse isoler un seul facteur, les infirmières indiquent que la discrimination, le travail supplémentaire obligatoire, le peu de contrôle en ce qui touche les journées de congé en étaient quelques-uns. Évidemment, les niveaux de violence et d'abus qu'elles au travail étaient élevés (59 %), en l'occurrence les clients et les familles qui infligent des quantités énormes d'abus verbal (82 %), d'abus physique (47 %), d'intimidation (29 %) et d'abus sexuel (18 %). Ces blessures s'ajoutent à l'intimidation (34%) à l'abus verbal (32 %) subies aux mains de collègues. Toutefois, les raisons principales que les infirmières considèrent comme *très importantes* dans le contexte de leur départ comprennent l'insuffisance de personnel (65 %), des dotations et des cédules imprévisibles (60 %), en plus des charges élevées de travail (67 %). L'implantation de ratios minimums infirmières-patients (37 %) demeure la solution la plus influente qui mène ces personnes à demeurer en poste, (la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2025).

Dans la foulée de ces conclusions accablantes, il est peut-être peu surprenant que 29 % du personnel sondé soit mécontent d'avoir choisi cette profession. Un quart d'entre elles accordent une piètre note quand il s'agit de leur environnement de travail alors que 67 % indiquent que ces lieux sont remplis à surcapacité de façon régulière. Par ailleurs, plusieurs croient que la qualité était tout de même acceptable dans ces endroits et 49 % croient que la détérioration de leur unité s'est pointée du nez dans le cours de la dernière année. La conclusion du sondage de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers de 2023 sonne le signal d'alarme vu le désir du plus du tiers du personnel infirmier qui envisage des responsabilités plus grandes pour la première fois. De plus, la moitié (49%) des arrivantes dans le métier sont vouées, plus que leurs ainées, à se voir intéressées ou très intéressées aux agences de placement infirmier (la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2023). Ainsi, les leaders devraient élaborer des solutions qui répondront aux conditions qui les poussent vers la recherche de ces emplois. Plus encore, des infirmières ont souligné leur attrait envers les taux horaires plus élevés qu'offrent les agences et/ou qu'elles sont à recherche de meilleures conditions de travail, (Almost, 2024; Drost, Ben-Ahmed, & Sweetman, 2024); dans ce marché, on trouve amplement d'options. Les agences de placement à but lucratif et d'autres entreprises privées de soins de santé représentent des alternatives attrayantes dans le cas de certaines infirmières.

> Les raisons principales que les infirmières et infirmiers considèrent comme très importantes dans le contexte de leur départ comprennent des ratios infirmières-patients, la dotation de personnel et les horaires imprévisibles, en plus des charges de travail et

Résumons

Les années COVID-19 ont poussé le maché du travail infirmier d'ores et déjà stressé vers le précipice causant ainsi un niveau élevé d'anxiété, de mécontentement, de l'épuisement professionnel et un vaste

bouleversement qui ont contribué aux inquiétudes graves touchant l'accès opportun aux soins partout au pays. Ces conditions se sont présentées de la façon suivante : congés de maladie en hausse de 17 % et temps supplémentaire de 50 % (ICIS, 2023b). À l'aube de l'an 2022, le secteur des soins de santé ont vu une montée « jamais vue » des ouvertures de poste (Statistique Canada, 2023b). Outre la situation qui causait l'allonge écrasante des temps d'attente en tant de lieux, on en est arrivé à voir la fermeture forcée de services d'urgence critiques aux collectivités. Bref :

- La pandémie de la COVID-19 a empiré la crise de la dotation de personnel infirmier;
- Le recrutement de personnel devient un défi grandissant puisque beaucoup de postes restent à combler;
- La gestion des santés physique et mentale et de la vie personnelle des travailleuses fait en sorte que plusieurs d'entre elles optent pour du travail à temps partiel ou des positions occasionnelles tandis que d'autres ne parviennent pas à décrocher un emploi à temps plein;
- Les charges de travail demeurent considérables et non sécuritaires pour les membres du personnel infirmier qui gardent leur emploi, situation insoutenable sur le long terme;
- Les retombées des enjeux de dotation inadéquate se retrouvent dans les premières places parmi les raisons qui expliquent l'intention de certaines membres de quitter leur emploi ou d'abandonner la profession.

Ici, et dans la recherche liée au sujet, les conclusions confirment la présence d'une crise critique de main-d'œuvre infirmière au Canada; elle est imprégnée de pénuries de personnel, d'insuffisance d'employés, de piètres conditions de travail menant à la détresse mentale et l'épuisement professionnel qui, du coup, font fuir les infirmières. Ces modalités ne sont pas irréparables; or, elles n'ont toujours pas été résolues même après des années alors que, maintenant, elles atteignent un point de crise réelle. En l'absence d'actions immédiates, les soins aux patients opportuns, sécuritaires et de haute qualité poursuivront leur déclin. La mise en place définitive et raisonnable de ratios minimums infirmières-patients est non seulement nécessaire, mais elle constitue une action faisable pour stabiliser la dotation en milieu infirmier.

Illumination

L'état de la science

La main-d'œuvre infirmière constitue la pierre angulaire des systèmes des soins de santé à l'échelle globale, car elle prodigue la plupart des soins et, à la fois, détermine les résultats sur la santé. Le Canada n'y échappe pas. Or, l'embauche de personnel infirmier n'a pas rattrapé les exigences du milieu maintenant soumis à des besoins grandissants en termes de soins de santé changeants créant ainsi des inquiétudes croissantes quant aux liens entre les charges progressives de travail, la fatigue, l'épuisement professionnel, les journées de maladie, le roulement de personnel et les impacts sur les patients et les organisations.

L'impact de la dotation infirmière sur les résultats

Un corps global croissant de recherche a décrit les façons dont le nombre de personnes au travail dans le milieu infirmier et leurs combinaisons dans les hôpitaux et autres lieux impactent une quantité considérable de résultats touchant les patients et les organisations, depuis les infections des voies urinaires aux chutes, au temps passé dans les établissements de santé et au taux de réadmission. La confusion régnant dans tant d'environnements infirmiers liée à la dotation de personnel a énergisé les débats et les discussions sur la valeur possible de la mise en place de ratios minimums infirmières-patients réglementés et sur l'urgence d'élaborer cette stratégie : discussions qui poursuivent leur croissance partout au monde.

Les résultats des pratiques les meilleures permettent de mousser les améliorations durables soins de santé au pays. C'est pourquoi la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers a commandé de Mctavish et Blain (2024) l'élaboration d'une étude plénière sur l'état de l'évidence afin de renchérir la conversation sur les ratios minimums infirmières-patients au Canada. D'ailleurs, le document a été distribué avant le Sommet. À cet égard, leur rapport se penche sur les charges de travail des infirmières et les réactions sur la dotation dans plusieurs pays pour ensuite comparer les tendances globales et leurs impacts sur l'offre de soins de santé. Or, puisque les liens entre les causes ne sont pas toujours uniformes, la création de solutions homogènes est compliquée quoique l'état dysfonctionnel de la dotation infirmière actuelle ne fonctionne pas et, par conséquent, qu'il exige la prise en considération sérieuse de nouvelles stratégies.

Certaines de leurs conclusions indiquent que, dans chaque étude (100 %) qui se concentre sur les taux de perte de vie, la réduction de ces incidents est liée à la dotation accrue de personnel. De plus, 87 % des travaux ont fait état des liens entre cet ajout et les taux moins élevés de résultats adverses. Par exemple, 75 % ont lié la meilleure dotation à des taux de mortalité plus bas alors que deux synthèses de l'évidence ont illustré la réduction des infections contractées dans les hôpitaux à des taux respectifs de 75 % et 80 %. Parmi toute une série de résultats organisationnels, 4 études sur 5 ont démontré l'association de la dotation améliorée aux séjours plus courts en milieu hospitalier.

> 100 % des études sur les taux de perte de vie ont démontré que la réduction de ces incidents est liée
> à l'accroissement de la dotation de personnel et 87 % font le lien entre cet accroissement et les taux amoindris de résultats

Quant au personnel infirmier, l'augmentation de la dotation était associée, notamment à la baisse des taux d'épuisement professionnel (94 %), une satisfaction en milieu de travail accrue (90 %) et un roulement réduit de personnel (88 %) (McTavish & Blain, 2024). Plus récemment cette fois, on a trouvé que le personnel infirmier californien dans un contexte fondé sur le modèle des ratios minimums infirmières-patients réglementés a « signalé la diminution de cas d'épuisement professionnel, de mécontentement et de désir de partir lorsqu'on les comparait à du personnel d'autres états » (Muir et al., 2025, p. 5). Au cours de leur discussion sur les résultats de leurs études, Muir et ses collègues ont conclu que les ratios minimums infirmières-patients réglementés californiens constituaient une politique qui « agissait tel un tampon protecteur contre l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'impression de n'accomplir que peu » (p. 6)[4]. Ils ont aussi remarqué que « des charges de travail plus sécuritaires permettaient aux infirmières de prendre des pauses plus fréquentes, de se réjouir des cédules plus

[4] Traduction libre

prévisibles et de prodiguer des soins plus sécuritaires qui diminuaient le cynisme et le détachement envers le travail[5] », (Muir et al., 2025, p. 6).

Il ne faut pas croire que ces résultats constituent des manchettes, car ils font l'objet d'études et de discussions depuis plus de 25 ans maintenant. Un regard sur la prédominance de l'évidence qu'ont posé McTavish et Blain leur a permis de constater que « les taux de dotation en personnel infirmier représentent un indicateur d'importance quand il s'agit des résultats adverses touchant les patients et le personnel et qu'ils agissent comme instruments d'information dans le processus de prise de décisions liées à la dotation et l'optimisation de la gestion de la main-d'œuvre »[6] (2024, p. 3)

Les normes et taux de la dotation : La sécurité est primordiale

Au Canada, les normes de la dotation sont en place depuis quelques temps dans les industries de service où les risques sont élevés. Elles se concentrent souvent sur les horaires maximaux de travail, y compris les pilotes commerciaux, des agents de bord aériens, des contrôleurs de la circulation aérienne, des conducteurs de camion, des opérateurs de train et d'autres systèmes de transport public en plus des personnes affectées aux centrales nucléaires et dans d'autres installations énergétiques. Dans le rapport de 2024 de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers intitulé « Les heures sécuritaires sauvent des vies », on remarque la référence aux « protections dans les autres industries » quand il s'agit des soins de santé (Scott-Marshall, 2023, p. 8). Certaines entreprises exigent des ratios minimums de dotation pour des raisons de sécurité et de service, notamment le nombre d'agents de bord lié au nombre de sièges qu'occupent les passagers dans un avion commercial. Si on n'atteint pas ce minimum, l'envol est annulé puisque qu'on ne trouve pas assez de membres d'équipage pour offrir les services requis d'une manière satisfaisante tout en assurant la conformité aux marges de sécurité. La présence du nombre de membres du personnel nécessaire dans le cas de l'évacuation urgente de l'appareil en serait un exemple.

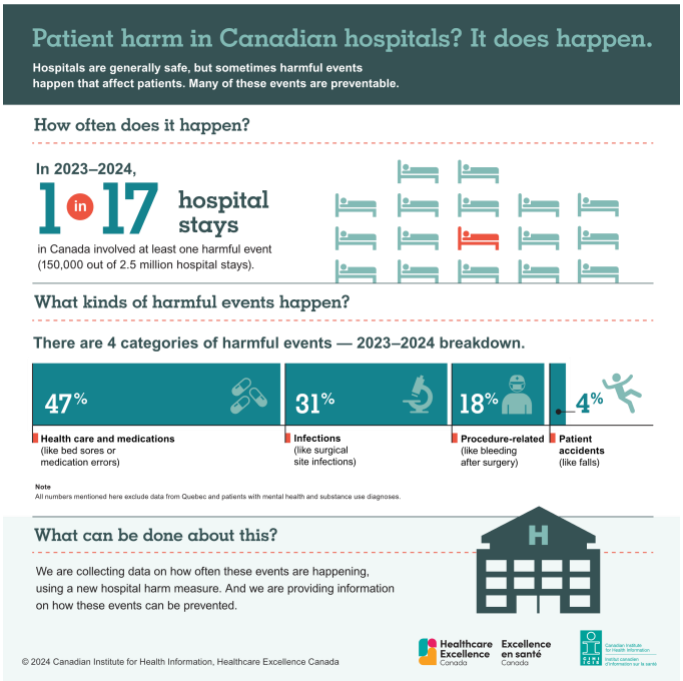
Au Canada, à plusieurs endroits, on exige des ratios spécifiques liés à la vigilance dans des situations d'offre de soins aux enfants et aux chiens. À Toronto, par exemple, conformément à la politique nommée : *Commercial Dog Walker Permit Policy*[7], on accorde des permis payés à des « personnes qui promènent de quatre à six chiens sur une base commerciale », (*City of Toronto*, 2025). Dans une garderie albertaine, on se limite à six enfants tandis qu'à l'Île-du-Prince-Édouard, on en accepte huit et au Manitoba 12; des restrictions additionnelles sont placées selon l'âge des enfants, (Alberta, 2025; gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, 2025; Manitoba, 2025). Parmi les raisons clés de l'imposition de ces types de normes de grande portée touchant la quantité minimale d'employées affectées et les horaires de travail plafonnés, on retrouve l'inquiétude face à la qualité, aux actions entreprises dans les cas d'urgence et aux résultats des mesures de sécurité dans l'exercice de ces fonctions à risque élevé - et on veut assurer les mêmes attentes dans toutes les localités.

Évidente par son absence, on retrouve la liste de personnel infirmier et de médecins. Bien que les gouvernements, les employeurs et les bailleurs de fonds reconnaissent parfaitement la nécessité de recourir à ce genre de normes, ils ne cessent de démontrer leur résistance à ces dites normes dans des aires de travail à risque élevé dans les milieux des soins de santé dont les salles d'opération, les unités de

[5] Traduction libre
[6] Traduction libre
[7] Politique sur les permis commerciaux couvrant les promenades canines, traduction libre

soins critiques, les départements d'urgence, voire dans le contexte des soins à long terme chez des patients grandement vulnérables. Or, la sécurité est le point central dans les milieux de soins de santé; elle ne peut pas être négligée ou prise comme sujet de réflexion éventuel. ICIS et Excellence en santé Canada (2024a) signalent l'occurrence d'une situation dangereuse en une présence en hôpital sur 17 au cours de l'exercice 2023 - 2024 (Tableau 3). Selon le sondage le plus récent de ses membres, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (2025) mentionne que 44 % du personnel infirmier a presque vécu une situation dangereuse ou en avait subi une dans les six mois précédents. D'ailleurs, plus de la moitié d'entre elles (56 %) ont lié ces situations à l'insuffisance de personnel ou à des prises en charge trop lourdes de patients.

Figure 3 Des torts causés aux patients canadiens? Eh, oui! (ICIS, 2024a)



« Le travail infirmier constitue une profession de vigilance. Il s'agit de la main-d'œuvre la plus grande à l'échelle des soins de santé critiques et sécuritaires »
Leary, 2024

Vu les taux alarmants des incidents adverses dans les hôpitaux canadiens et si on ne s'en tient qu'à ces institutions, le fait qu'on ne réussisse pas intervenir à l'aide d'une quantité adéquate de personnel – alors qu'on sait qu'il s'agit d'une corrélation avec peu d'autres situations du genre – expose les infirmières et leurs employeurs à un risque évitable de responsabilité légale lié aux torts causés aux patients. Au début des années 80, on portait un intérêt accru aux ratios de dotation alors qu'on remarquait, qu'aux États-Unis, malgré les nombreuses pénuries de personnel qui généraient des listes prononcées de postes non comblés, un groupe désigné d'hôpitaux semblait vivre moins de problèmes d'attraction et de rétention de personnel infirmier. D'ailleurs, certains établissements tenaient une liste d'attente d'infirmières désireuses de travailler dans leurs milieux. Puisqu'ils réussissaient à attirer des infirmières, on a éventuellement associé ces établissements à l'idée d'un *magnétisme*. Ainsi, le corps de recherche affairé à la description des caractéristiques de ces organisations a fait naître ce qu'on appelle maintenant le « *Magnet Recognition Program* »[8] programme qu'a géré la *American Nursing Association Enterprise* (American Nurses Credentialing Center, n.d.).

Malgré l'investissement inédit de millions de dollars dans des recherches sur les ressources humaines infirmières depuis plus de 40 ans dont la plupart ont abouti aux même conclusions, les hôpitaux compris dans une des premières des études sur le « phénomène du magnétisme »[9] mentionnait simplement « que les participantes considéraient qu'ils étaient dotés d'un personnel adéquat »[10], (McClure et al., 1983, p. 8). Ce qui ne surprend peut-être pas, c'est que les infirmières dans ce travail de recherche ont accentué l'importance de la présence d'une quantité adéquate de personnel pour les satisfaire professionnellement et les rendre fières de leur institution. Plus pressant encore, un ratio favorable du nombre d'infirmières

[8] Un programme de reconnaissance du magnétisme, traduction libre
[9] Traduction libre
[10] Traduction libre

en plus des ratios d'infirmières agrées par rapport aux ratios d'infirmières et employées non professionnelles leur ont permis de prodiguer des soins sécuritaires et adéquats (1983, p. 8). À la fois, la quantité et la qualité du personnel se sont avérées cruciales dans la mesure où ces institutions employaient des nombres plus élevés de personnel ayant atteint le baccalauréat, chose plus rare à l'époque. Plusieurs des infirmières appréciaient le travail auprès de collègues adéquates et compétentes qui pouvaient offrir des soins directs aux patients plutôt que de déléguer leurs tâches à du personnel moins préparé (McClure et al., 1983). Sautons de l'avant, de quatre décennies en fait, et dirigeons-nous vers le Sommet de 2024 de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers et les ratios infirmières-patients. La professeure Alison Leary décrivait encore le travail infirmier de « profession de vigilance[11]» et ajoute que le corps infirmier représente la main-d'œuvre la plus grande en ce qui a trait aux soins de santé « cruciaux à la sécurité[12]» (Leary, 2024). Aucuns de ces points n'auraient fait les manchettes pour les travailleuses à qui on réfère dans les premières études sur le magnétisme des hôpitaux. Et pourtant, ce corps de professionnel se voit tout de même obligé de défendre cette cause en 2025.

En bref : les expériences canadiennes et internationales touchant les ratios dans la dotation

À l'échelle planétaire, les efforts déployés pour améliorer les niveaux de dotation de personnel infirmier varient, car les politiques étalent des lignes directrices passant de la flexibilité dans la dotation aux ratios minimums infirmières-patients rigoureux. Les impacts sont différents. Or, l'objectif universel vise l'amélioration des soins aux patients et les soins offerts à la main-d'œuvre infirmière. L'élaboration et l'implantation de ratios infirmières-patients varient énormément d'un système de soins de santé à un autre, partout au monde. Il en est de même quand il s'agit des approches de la dotation, y compris la flexibilité dans les ratios mandatés ou minimaux infirmières-patients au Canada et aux quatre coins de la terre, par exemple, la Californie, aux États-Unis, où, en 1999, les pionniers de ratios mandatés infirmières-patients ont créé une législation grâce à une approche d'élaboration participative de politiques dans la foulée d'efforts de lobbying sur la transition. Aux Philippines, en 2002, on s'est muni d'une approche plus directive pour gérer les enjeux d'émigration de la main-d'œuvre infirmière. Puis, à Victoria, en Australie, on a implanté des ratios d'abord inscrits dans les conventions collectives de 2000. Par la suite, Victoria les a convertis en législation formelle. Ainsi naquit le *Safe Patient Care Act[13], 2015* (Australian Nursing & Midwifery Federation, 2022). Plus récemment, l'assemblée législative a endossé l'amendement *Safe Patient Care Act (Nurse to Patient and Midwife to Patient Ratios) Amendment Bill 2025[14]*. Cette modification prévoit la propagation des ratios minimums infirmières-patients vers d'autres environnements de pratique, par exemple les soins critiques, et dans les cédules, notamment durant les quarts de travail de nuit où les ratios ont un impact (*Parliament of Victoria, 2025*). Une décision que le personnel infirmier a qualifié de « changement de donne », a fait en sorte que l'Orégon devenait le deuxième état à légiférer à l'échelle étatique les ratios minimums infirmières-patients presque tous les soins aigus; la nouvelle équipe infirmière s'installera progressivement entre 2025 et 2026 (*Oregon Nursing Association, n.d*.). D'autres stratégies d'implantation ont varié dans plusieurs régions. En revanche, certaines changeaient dans les localités mêmes, quoique plusieurs aient amorcé une approche

[11] Idem
[12] Idem
[13] La Loi sur les soins sécuritaires offerts aux patients, traduction libre.
[14] Les ratios des infirmières aux patients et des sage-femmes aux patients – Projet de loi sur la modification de la loi 2025, traduction libre

progressive. Citons le cas australien – Victoria en 2015 et Queensland en 2016 - où on les a d'abord amorcées avec des ratios en cas critiques.

Ailleurs aux États-Unis, y compris au Connecticut (en 2000), au Minnesota (en 2013), en Ohio (en 2008), au Nevada (en 2008), au New Jersey (en 2005) et au Washington (en 2008), on a opté pour des politiques plus flexibles pour pallier les défis que représentent les défis de dotation et on ne nécessitait pas les ratios infirmières-patients fixes. Ils ont mis en place un programme élaboré de stratégies visant l'amélioration de la dotation tout en fournissant, en simultanée, des mesures de soutien, de conformité et de responsabilisation. On y a aussi accentué la valeur de l'engagement du personnel infirmier au point d'intervention, de la transparence et du développement de la main-d'œuvre en tant que piliers clés des systèmes de santé durables. En 2015, l'Irlande a entrepris des projets pilotes flexibles qui adapteraient les modèles de dotation aux besoins locaux. D'autres initiatives, notamment en Nouvelle-Zélande (2005), ont institué l'analyse prédictive d'ajustement fondée sur les besoin des patients. Finalement, au Royaume-Uni, c'était le *NHS* de 2014.

Au Canada, les efforts sont en marche dans plusieurs localités; on y étudie des ratios infirmières-patients ou on les implante.

Colombie-Britannique

L'organisation pionnière des ratios infirmières-patients au Canada, la *British Columbia Nurses' Union*, grâce à l'endossement énorme de ses membres, a négocié le financement nécessaire à l'implantation de ratios minimums infirmières-patients réglementés (Gear, 2024, voir Addendum B). On a eu recours à une approche d'implantation progressive qui débutait avec la dotation de personnel pour les soins intensifs; puis, on a prévu la planification ou l'implantation dans 15 domaines de pratique. La première phase englobe les unités des soins intensifs, des soins centrés sur les patients, les services médicaux et chirurgicaux, la réhabilitation et les soins palliatifs; à cette fin, le travail est amorcé. En tout et partout, le syndicat a été le premier à atteindre le but dans ses négociations : un taux de 1 sur 4 dans les ratios mandatés infirmières-patients dans les unités médicales et chirurgicales. De concert avec les employeurs, le syndicat et d'autres collaborateurs, le ministère de la Santé a publié une série d'outils qui comprenait un instrument sur les politiques pour orienter les employeurs de la province dans « l'élaboration, l'atteinte et le maintien d'un ratio minimal infirmières-patients dans toutes les unités des hôpitaux[15] » (Ministère de la Santé, Colombie-Britannique, 2024, p. 9). On y trouvait des définitions claires des environnements de soins et des ratios sur lesquels on s'était entendus. De plus, le ministère a publié une matrice de planification exhaustive et un manuel d'implantation accompagnés de documents sur les ratios minimums infirmières-patients réglementés qui les guident dans le processus partout dans la province (*British Columbia Nurses' Union,* 2025).

Nouvelle-Écosse

Dans sa convention collective la plus récente, le syndicat *Nova Scotia Nurses' Union* a entériné un engagement sur la dotation lorsqu'il a signé le mémorandum intitulé le *Nursing Worklaod Determination Memorandum of Agreement*[16] qui fondait un cadre vers un meilleur alignement de la dotation de personnel et des besoins des patients (Hazelton, 2024, voir Addendum B). Au lieu de faire usage d'une solution généralisée, cette approche propose une charge de travail pour le personnel infirmier fondée sur les heures de soins fournis aux patients par jour, ce qui constitue une variante du nombre flexible de ratios

[15] Traduction libre

[16] Le protocole d'entente sur la détermination de la charge de travail du personnel infirmier, traduction libre

infirmières-patients; le tout faisant partie du nouveau cadre *Nurse Staffing and Skill Mix Framework*[17]. Au point de départ de ce modèle, on détermine la charge de travail selon « le taux d'heures de soins prodigués quotidiennement aux patients (les ratios patients) » à la suite de l'élaboration - par les employeurs - de toutes les unités de soins et de la détermination du nombre d'infirmières pour chaque quart de travail (*Nova Scotia Nurses' Union,* n.d.). De là, les employeurs et le syndicat travailleront en unisson à « la création d'un cadre qui déterminera le nombre approprié de membres du personnel infirmier accordé dans chacune des unités de la province. »

Manitoba

Le syndicat *Manitoba Nurses Union* a finalisé une lettre d'entente comprise dans la convention collective la plus récente qui créait un sous-comité chargé de « définir l'approche de la marque « FAIT AU MANITOBA » dans l'établissement des ratios infirmières-patients qui tenait en ligne de compte l'aspect unique du Manitoba et de la population servie » (*Prairie Mountain Health Regions Employers Organization and Manitoba Nurses Union*, 2024, p. 274.) Financé par le gouvernement, le comité s'est vu mandaté d'élaborer des recommandations sur les facteurs entourant des ratios infirmières-patients, y compris la combinaison des compétences, de l'expertise, de l'acuité et de la complexité des soins. Au lancement de ce que les leaders ont appelé « la montée en flèche du recours au personnel infirmier issu des agences privées[18] » (Sanders, 2024), le point de mire initial du syndicat « voulait élaborer une législation et des balises réglementaires couvrant les heures de travail infirmier consécutif qui reflèteraient les protections d'ores et déjà en place dans d'autres industries où la sécurité était une priorité[19]» (Jackson & Silas, 2024).

Québec

Au Québec, on a déployé des projets pilotes sur les ratios infirmières-patients dans 16 emplacements au cours de l'exercice de 2018 - 2019 (Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, n.d.). Les résultats ont révélé que « la pratique s'est améliorée et a libéré un montant considérable de temps nécessaire à l'offre de soins aux patients » - ici, les soins offerts selon l'horaire établi, la satisfaction face aux soins, la planification de l'offre des soins et la prévention des chutes. Le syndicat a conclu que « les résultats positifs de la part des parties prenantes comprenaient… que tout convergeait vers la pertinence des ratios, le besoin de poursuivre et d'élargir l'implantation afin d'assurer la sécurité dans les soins et de résoudre les problèmes de main-d'œuvre. » Le lobbying provincial envers les ratios minimums infirmières-patients réglementés se poursuit sous le fer de lance de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (Presse canadienne 2022).

Ontario

En Ontario, au Canada, la critique de la Santé à l'opposition et membre du parlement provincial, France Gélinas, a déposé le Projet de loi 192, *Loi de 2024 sur les ratios infirmières-patients dans les hôpitaux* qui, en dernier ressort, a été annulé à la suite de la division en juin 2024. L'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario indique que la Province a endossé un outil de dotation *juste-à-temps* pour le personnel infirmier alors que ses membres « élaboraient d'ores et déjà des actions progressives d'appui aux ratios en soins infirmiers » (2025b), et leurs efforts de lobbying poursuivent leurs essor. L'implantation de ratios minimums infirmières-patients dominait dans
le contexte du lobbying du syndicat jusqu'aux élections provinciales en février 2025 et constituent

[17] Le cadre entourant la dotation de personnel infirmier et la combinaison de ses compétences, traduction libre
[18] Traduction libre
[19] Traduction libre

« la priorité quant aux demandes dans les négociations pour l'Association et ses 60 000 membres affectées dans les hôpitaux alors que les négociations vers une nouvelle convention collective se dirige vers l'arbitrage », avril 2025 (Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2025a & 2025c).

Responsabilisation

La responsabilisation se fait selon différents modèles. Des localités ont mis en application une série de ce que l'on pourrait appeler de façon informelle la méthode de la carotte et du bâton pour mettre en place et faire respecter des stratégies d'incitatifs financiers en Corée du sud et, du côté opposé, l'accroissement d'avertissements et des punitions financières strictes dans les cas de non-respect en Californie et dans l'Oregon. Depuis 2016, à Queensland, en Australie, on a mandaté des études régulières des législations. Par ailleurs, dans l'état de New York, aux États-Unis, on requière désormais la présentation de rapports publics sur les niveaux de dotation dans les hôpitaux. En Colombie-Britannique, au Canada, des mesures de performance sont en voie d'élaboration touchant les résultats sur les patients, les infirmiers et le système de santé – tels qu'on le fait dans les processus de surveillance, d'évaluation et d'amélioration de la qualité (Ministère de la Santé, Colombie-Britannique, 2024).

Un sommaire

En sommaire, la révision de l'état de la science de McTavish et Blain (2024) indique que les tendances globales affichent un repositionnement vers les exigences des soins aux patients et la durabilité de bien-être de la main-d'œuvre infirmière. La charge de travail doit être traitée de façon efficace afin d'assurer l'offre de soins de qualité aux patients. Les ratios infirmières-patients actuels varient à l'échelle mondiale, car on les lie aux facteurs économiques, culturels et systémiques, façonnant ainsi les politiques des soins de santé différentes selon les régions. Dans le rapport de McTavish et Blain (2024), on retrouve des exemples de ratios et on les compare selon les lieux, notamment les soins intensifs, les salles d'urgence et d'opération, les unités médicales-chirurgicales, la maternité et les soins postpartum, la santé mentale, les soins palliatifs et de réhabilitation dans toutes les localités et quarts de travail (par exemple, ceux de jour c. ceux de nuit). En général, les pays le plus nantis soutiennent un plus grand nombre ratios infirmières-patients, surtout ceux des soins intensifs, de l'urgence, de la maternité et des salles d'opération. Un nombre plus petit de ratios, notamment ceux que l'on retrouve dans les Philippines, étaient liés aux difficultés de la dotation. En revanche, les niveaux de dotation en santé mentale et en réhabilitation se distançaient grandement les uns des autres selon les politiques régionales. Comme on pourrait s'y attendre, ces variations miroitaient la nature dynamique de la dotation en soins de santé partout dans le monde si on considère les besoins des patients, la charge de travail infirmier et les capacité des systèmes de soins de santé.

Les ratios infirmières-patients minimums, flexibles et réglementés sont prometteurs d'une offre de solutions claires et applicables alors que les nations où on en a implanté ont connu des améliorations aux résultats des soins prodigués aux patients et à la rétention du personnel infirmier. En certains endroits, les projets pilotes ont servi à tester le terrain réel quant à l'élaboration de modèles efficaces de dotation en milieu infirmier et peuvent nourrir des changements législatifs plus importants qui appuieront les efforts futurs déployés dans la dotation de personnel de soins de santé. Il faut cependant être avisé puisque ces projets retardent parfois ou arrêtent tout simplement les actions et n'aboutissement pas au financement à long terme escompté.

La création d'une approche canadienne aux ratios minimums infirmières-patients réglementés est nécessaire. Or, elle doit être pratique et efficace; ainsi, ses politiques doivent pouvoir se mouler, du moins jusqu'à un certain point, aux contextes régionaux et locaux et tenir compte de l'acuité des patients, des ressources en installations de soins de santé et des environnements élargis de soins de santé. Cela dit, on doit créer un plancher à ne jamais franchir sinon il ne servira à rien de continuer de se pencher sur la stratégie nationale. Qui plus est, les avantages multiples qui s'y présenteraient s'ajouteraient aux contraintes en financement et en dotation pour poser des défis réels à l'implantation universelle, donc au maintien des ratios minimums infirmières-patients qui requière du soutien systémique en termes de main-d'œuvre, des politiques d'adaptation et des mécanismes de mise en vigueur à la mesure des besoins régions de soins de santé.

Leçons à tirer du sommet

Malgré le besoin pressant de s'attaquer à la question de la dotation une fois pour toutes, ni mandat, ni cadre canadien n'ont été élaborés pour résoudre cet enjeu, peu importe la méthode. Or, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et dans d'autres provinces, on va de l'avant quant à l'implantation des ratios minimums infirmières-patients réglementés alors que la crise de dotation infirmière couve toujours au Canada. D'autre part, on trouve l'énergie croissante pour formaliser un plan d'actions national qui peut nous mener outre les années de dialogue et régler le problème. La science et l'expérience nous indiquent la valeur de la mise en place de ces ratios touchant la sécurité pour les patients et l'amélioration des résultats pour le personnel infirmier, les organisations et les systèmes. C'était le temps de prendre en ligne de compte le partage et le positionnement éventuels avec d'autres entités provinciales et territoriales.

Puisqu'il semblait que personne ne voulait prendre la barre, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers a mené la charge et s'est faite hôtesse du premier Sommet national sur les ratios infirmières-patients pour déterminer les prochaines étapes à franchir dans l'orientation de politiques sur l'élaboration des ratios minimums infirmières-patients réglementés et sécuritaires. Grâce au soutien financier de Santé Canada, le premier Sommet national sur les ratios infirmières-patients s'est déroulé les 27 et 28 novembre, 2024, à Ottawa, au Canada. Ses deux hôtesses étaient Linda Silas, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, et Jane Ball, professeure et directrice du R*oyal College of Nursing's institute of nursing excellence*, au Royaume-Uni.

L'initiative est vraiment opportune puisqu'elle arrive au moment où on voit la publication récente de la Boîte à outils sur la rétention infirmière (mentionnée plus tôt dans le document présent) que le bureau de l'infirmière en chef du Canada a élaborée avec la coopération de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers et d'autres organisations de premier rang qui ont assisté dans le travail comme consultants. Le Sommet a appuyé les « pratiques sécuritaires de dotation », qui font partie des huit initiatives et thèmes fondamentaux de la Boîte à outils de Santé Canada (2024) dans laquelle on cite des ratios infirmières-patients à titre d'exemple d'une stratégie pour étayer les lieux de travail physiques et psychologiques sécuritaires. Il s'est penché sur la détermination des outils adaptables aux échelles locales et sur l'aide à « cerner les besoins des patients et les charges de travail requises afin d'assurer un nombre suffisant d'infirmières en service pour prodiguer les soins »[20] (Santé Canada). Ce dernier énoncé nous rappelle ce que le personnel infirmier répète depuis l'arrivée des études sur le magnétisme de hôpitaux, il y a de cela des décennies.

[20] Traduction libre

Organisation du Sommet

Le Sommet national avait pour but la réunion des expertes et des parties prenantes afin de partager et créer des connaissances sur des ratios infirmières-patients. Cette initiative a été conçue pour les renseigner, explorer et bâtir sur les recherches et politiques récentes sur l'implantation de stratégies d'évaluation et des pratiques entourant les normes affectant les ces ratios partout au Canada. On a entrepris le projet dans le but d'éduquer les parties prenantes, d'initier des discussions et de fusionner les perspectives interdisciplinaires pour créer un sentier canadien qui mènerait aux ratios infirmières-patients.

La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers a mandaté la révision de l'évidence sur les ratios infirmières-patients qu'ont proposée les chercheurs McTavish et Blain en 2024 et distribuée aux participantes et participantes avant le Sommet. L'organisation voulait ainsi offrir des renseignements aux fins de discussions interdisciplinaires. Elle a aussi partagé, en guise de préparation au Sommet, un rapport qu'ont proposé Hamill et Hiltz (2024) traitant des résultats d'une tournée d'étude de 2024 qu'a entamée la Fédération au cours de leur visite auprès des syndicats infirmiers, des chercheuses, des instances gouvernementales, des employeurs et des infirmières de première ligne en Angleterre, en Irlande du Nord, dans la République de l'Irlande, en Écosse et au pays de Galles afin d'explorer leurs expériences touchant les ratios infirmières-patients (2024).

Environ 100 déléguées représentant plus de 65 organisations canadiennes et internationales qui partagent un intérêt commun sur la question de la dotation infirmière et les ratios infirmières-patients ont été invitées à prendre part à la rencontre (voir l'Addendum A). Gerard Murphy de l'entreprise Barefoot Facilitation, Inc. a animé la séance qui avait prévu l'inclusion d'une riche combinaison d'oratrices pour la plénière alors qu'elles exposeraient une variété d'expériences nationales et internationales au sujet de ces ratios. Pendant une journée et demie, leurs présentations et leur matériel d'appui ont su renchérir une palette de discussions en salle se penchant sur un ensemble de questions stratégiques. D'ailleurs, elles sont proposées dans le Manuel du Sommet (voir le lien à l'Addendum b). Quant aux résumés desdites discussions, ils sont inscrits à la fin du présent chapitre. On voulait y produire des recommandations que les concepteurs de politiques pourraient utiliser et qui étaleraient un sentier menant vers la diffusion et la progression des initiatives en dotation partout au pays.

Au pupitre:

Au cours de la plénière, se sont exécutées :

- Professeure Jane Ball : directrice, *Institute of Nursing Excellence, Royal College of Nursing,* Royaume-Uni : Dotation en personnel infirmier : Des données probantes à la politique
- Professeure Leigh Chapman, infirmière en chef du Canada
- Lisa Fitzpatrick : Secrétaire d'État, *Australian Nursing and Midwifery Federation*, Australie : Ratios à Victoria, Australie
- Adriane Gear, présidente, *British Columbia Nurses' Union,* Canada : Mettre en œuvre les ratios minimums infirmières-patients
- Professeure Alison Leary : *Professor of Health care and Workforce Modelling, London South Bank University, and Senior Consultant, Human Resources for Health Group, the World Health Organization,* Royaume-Uni : Les ratios – pourquoi maintenant? Leçons des industries critiques en matière de sécurité
- Michelle Mahon, directrice, *Nursing Practice, National Nurses United,* États-Unis : La sécurité en chiffres : Deux décennies de loi californienne sur les ratios infirmières-patients
- Dre Kim McMillan, École des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Canada : Ce dont le personnel infirmier du Canada a besoin : Aperçu provenant des premières lignes
- Helen Whyley, *Executive Director and Board Secretary, Royal College of Nursing,* Pays de Galles : Dotation en personnel pour des soins sécuritaires et efficaces au Royaume-Uni
- Janet Hazelton, Présidente, *Nova Scotia Nurses Union*, Canada : Aller de l'avant : La voie de la Nouvelle-Écosse vers la dotation garantie en personnel infirmier

Les présentatrices ont relevé plusieurs des expériences touchant les ratios infirmières-patients qu'a vécues la Fédération pendant sa tournée d'étude en Irlande et au Royaume-Uni : expériences comprises dans le document sur la synthèse de l'évidence qu'ont préparé McTavish et Blain (2024).

Rapporteur et rapport

On a retenu les services de Michael Villeneuve, un ancien chef de la direction de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers et aussi connu du monde infirmier au Canada et ailleurs, pour qu'il participe au Sommet et rédige un rapport indépendant qui résumerait ses activités et documente les recommandations sur les actions à mettre en place qu'ont suggérées les participantes. Le rapport final, le sommaire - en pièce additionnelle - et le matériel couvrant le marketing social seront distribués aux participantes et aux parties prenantes du Sommet à qui on demandera de partager dans leurs réseaux.

Incitation à l'implication des déléguées

Les séances plénières se sont parsemées pendant le Sommet alors que des petits groupes tenaient des conversations enthousiastes et productives sur le travail à venir entourant les ratios infirmières-patients. On y a élaboré des questions afin de guider les discussions proposées pendant les deux journées - les résumés de ces conversations sont inscrits à la fin de ce chapitre. Les voici :

Découverte et implication	**Action**

1. Quels sont les avantages des ratios minimums infirmières-patients réglementés pour ceux et celles qui reçoivent des soins infirmiers? Pour le personnel infirmier et pour leur profession? 2. Quelles différences le partage et le positionnement des ratios minimums infirmières-patients réglementés au Canada apporteront-ils à nos systèmes de soins de santé ? 3. Comment les ratios minimums infirmières-patients réglementés feront-ils partie des solutions en termes de ressources humaines infirmières? 4. Quels changements des politiques et/ou des environnements actuels faudra-t-il pour implanter les ratios minimums infirmières-patients réglementés? 5. Les provinces en voie d'adopter les ratios minimums infirmières-patients réglementés ont-elles des personnes qui pourraient vous aider à atteindre cet objectif?	6. Quels sont les soutiens et ressources nécessaires pour réaliser l'implantation des ratios minimums infirmières-patients réglementés? 7. Quelles occasions courantes pourraient renforcer le partage et le positionnement des ratios minimums infirmières-patients réglementés au Canada? 8. Quant aux provinces et territoires en voie d'adoption des ratios minimums infirmières-patients réglementés, quels ressources et soutiens y ont été repérés? 9. Que ferez-vous dans le contexte de votre rôle professionnel pour partager et positionner les ratios minimums infirmières-patients réglementés au Canada? 10. Fondés sur l'évidence, comment votre organisation peut-elle poursuivre sa contribution au partage et au positionnement des ratios minimums infirmières-patients réglementés au Canada?

Au sein des déléguées, les conversations étaient animées alors que la majorité est demeurée sur place durant toutes les activités; on ressentait l'envie forte de participer. Les réponses aux questions sont regroupées dans des thèmes principaux dans la section suivante du document présent.

1. Quels sont les avantages des ratios minimums infirmières-patients réglementés pour ceux et celles qui reçoivent des soins infirmiers? Pour le personnel infirmier et pour leur profession?

Afin de démarrer les discussions de groupe et attiser le dialogue informel, on a invité les participantes à dessiner, plutôt que de rédiger, leurs réactions aux questions mentionnées plus haut. Du côté des patients et des familles, on a vu des images illustrant des sourires et des cœurs, (satisfaction), des horloges (des soins au bon moment), des patients qui se reposaient en tout confort ou qui dormaient alors que d'autres communiquaient ou quittaient l'hôpital ou n'y entraient pas du tout : voilà donc les images communes – et qui s'homologuent à ce que disait le personnel infirmier lorsqu'il parlait de la qualité des soins et de la satisfaction. Les avantages des ratios infirmières-patients pour les infirmières se présentaient sous forme

d'équilibre, de froncement de sourcils vers des sourires, des représentations de repos, de paix et de jours libres prévus dans les horaires, parmi tant d'autres.

2. Quelles différences le partage et le positionnement des ratios minimums infirmières-patients réglementés au Canada apporteront-ils à nos systèmes de soins de santé ?

Les participantes ont dit que la propagation et le positionnement des ratios infirmières-patients au Canada pourraient avoir un impact considérable sur les systèmes de soins de santé, car ils stabiliseraient les effectifs infirmiers et, du coup, ils amélioreraient les soins offerts aux patients (on voit le lien dans la documentation) et favoriseraient un système plus normalisé et efficace.

3. Comment les ratios minimums infirmières-patients réglementés feront-ils partie des solutions aux ressources humaines infirmières?

L'investissement approprié dans des effectifs infirmiers ne touche pas que l'amélioration des conditions de travail; il s'agit d'une décision stratégique sur la stabilisation des ressources humaines. Il rehausse les soins offerts aux patients, renforce la profession et contribue à l'efficacité et à la durabilité globale des systèmes de soins de santé. Les participantes se sont entendues pour dire que de se mettre à l'œuvre quant aux ratios infirmières-patients constitue une partie critique de la solution à la crise dans les ressources humaines infirmières, car ils auraient un impact positif sur la satisfaction professionnelle, le recrutement, la rétention et les résultats des soins offerts aux patients.

4. Quels changements de politiques et/ou d'environnements actuels faudra-t-il pour implanter les ratios minimums infirmières-patients réglementés?

Les participantes au Sommet croyaient que l'implantation des ratios minimums infirmières-patients réglementés dans les systèmes de soins de santé exigera des changements importants en matière de politiques et d'environnement. Dans le but de modifier les soins de santé de façon efficace, il faudra une collaboration essentielle entre les gouvernements, les syndicats, la main-d'œuvre infirmière et le public. L'expansion et l'optimisation des effectifs infirmiers par le biais de l'éducation, du recrutement et de la rétention constituent une priorité à long terme. L'engagement politique, les changements législatifs et le financement adéquat sont des éléments cruciaux dans l'implantation de ces ratios. De plus, des cadres clairs, des données métriques sur le rendement et l'implication public peuvent contribuer au succès à l'échelle systémique. Pour s'attaquer à l'iniquité en santé, il est nécessaire d'équilibrer les charges de travail et de reconnaitre les différences régionales dans les soins de santé pour, ainsi, appuyer la durabilité. Afin d'assurer la dotation de personnel permanent, la clé se trouve dans la réduction de la dépendance aux agences d'emploi des infirmières tout en rehaussant les conditions dans les milieux de travail.

5. Les provinces en voie d'adopter les ratios minimums infirmières-patients réglementés ont-elles accès à des personnes qui pourraient vous aider à atteindre cet objectif?

L'implantation et la rétention de ratios infirmières-patients exigent que le financement, le temps et le personnel alors nécessaires soient dédiés et non ajoutés aux charges de travail actuelles. La collaboration des syndicats, gouvernements, employeurs et personnel infirmier de première ligne est cruciale à la réussite alors que la pression publique et politique sera axée sur l'action et la responsabilisation. L'efficacité des ratios dépendra de la normalisation des données et de la transparence tandis que les conventions collectives robustes et le soutien législatif appuieront leur mise en vigueur.

6. Quels sont les soutiens et ressources nécessaires pour réaliser l'implantation des ratios minimums infirmières-patients réglementés?

Sur la question de l'implantation réussie de ratios infirmières-patients, les déléguées au Sommet ont accentué le besoin de la collaboration et de l'implication des parties prenantes, des communications et de l'engagement, du soutien des collectivités et du public, de données, de financement, de soutien financier, des ressources humaines et techniques qui serviront à faire naître ce travail.

7. Quelles occasions courantes pourraient renforcer le partage et le positionnement des ratios minimums infirmières-patients réglementés au Canada?

Les infirmières, les patients et le public sont déjà de la partie. C'est pourquoi les efforts de mobilisation doivent être soutenus. Les déléguées croient que l'élan politique s'amplifie alors que plusieurs provinces tiennent des discussions sur les ratios infirmières-patients et que la forte évidence internationale appuie leur efficacité.

8. Quant aux provinces et territoires en voie d'adoption de ratios minimums infirmières-patients réglementés, quelles ressources et soutiens y ont été repérés?

La collaboration des syndicats, gouvernements et infirmières de première ligne est cruciale dans l'implantation; d'ailleurs on en trouve des exemples. Des conventions collectives musclées et des mesures législatives sont en place et reconnues dans le soutien de l'implantation et de leur force exécutoire. Les déléguées ont ajouté que le financement, le temps investi et le personnel doivent être dédiés et non pas ajoutés aux charges de travail actuelles. Les syndicats ne fournissent pas le financement alors que les implications financières devraient être dans les cartes tout comme c'était le cas, notamment en Colombie-Britannique où le gouvernement a accordé une somme de 100 millions de dollars issue du budget de 750 million de dollars du budget des ratios infirmières-patients, somme qui appuie la rétention et le développement professionnel et un montant de
25 000 $ qui sert à attirer un nombre plus grand d'infirmières vers les services d'urgence.

9. D'après les données probantes, comment votre organisation pourrait-elle continuer à contribuer à la diffusion et à la mise à l'échelle des ratios au Canada?

- Plaidoyer et éducation du public : Lancer des campagnes nationales, tenir des tribunes publiques et engager le public pour le sensibiliser aux ratios infirmières-patients et à leur impact sur la qualité des soins. Utiliser les campagnes médiatiques et les assemblées publiques pour favoriser la compréhension et le soutien du gouvernement, des fournisseurs de soins de santé et du public.

- Collaboration avec les intervenants : Collaborer avec les organismes gouvernementaux, les régies régionales de la santé, les syndicats, les employeurs et les associations de personnel en soins infirmiers aux niveaux local, provincial, territorial et national. Mettre l'accent sur l'harmonisation des efforts liés aux rations infirmières-patients avec des stratégies infirmières plus larges et sur l'élaboration de plans exploitables par le biais de négociations et de discussions collaboratives.

- Responsabiliser le personnel infirmier : Mobiliser les infirmières et infirmiers pour plaider en faveur des ratios infirmières-patients, les sensibiliser à l'importance de niveaux de dotation sécuritaires et les impliquer dans le processus décisionnel. Soutenir la formation continue et le développement du leadership au sein de la communauté infirmière.

- Mise en œuvre et évaluation : Mettre l'accent sur la création d'une feuille de route pour la mise en œuvre des ratios infirmières-patients, s'assurer d'offrir des ressources adéquates et surveiller l'impact sur les infirmières, les infirmiers, les patients et le système de soins de santé. Utiliser la collecte de données, les rapports de dotation de la charge de travail et les évaluations du rendement pour prendre des décisions et affiner le processus.

- Soutien législatif et réglementaire : Préconiser l'inclusion des ratios infirmières-patients dans la législation, les normes d'accréditation et la formation en soins infirmiers. Faire pression en faveur de ratios infirmières-patients obligatoires dans toutes les provinces et les intégrer dans les conventions collectives et les politiques en matière de soins de santé.

- Durabilité à long terme : Veiller à ce que les ratios infirmières-patients soient mis en œuvre de manière durable, avec des mécanismes d'application, de responsabilisation et de reconnaissance. Mettre l'accent sur la construction d'un héritage par la planification stratégique, le soutien du public et un dialogue continu pour répondre à l'évolution des besoins en soins de santé.

- Action politique et lobbying : Participer à des efforts de lobbying continus auprès des représentants du gouvernement pour obtenir des fonds pour la mise en œuvre des ratios infirmières-patients, et plaider en faveur de l'inclusion des ratios infirmières-patients dans les futurs programmes politiques. Tirer parti de la pression politique, y compris la collaboration avec d'autres syndicats, pour pousser à des changements systémiques.

- Partenariats stratégiques et recherche : Établir des partenariats avec les écoles de sciences infirmières, les organismes de recherche et les autres provinces et territoires afin de recueillir des données probantes à l'appui des ratios infirmières-patients. Prioriser l'élaboration et le partage de données, y compris les études sur le rendement des investissements et la promotion du transfert de connaissances entre les administrations.

10. Fondés sur l'évidence, comment votre organisation peut-elle poursuivre sa contribution au partage et au positionnement des ratios minimums infirmières-patients réglementés au Canada?

Les déléguées ont dit qu'elles s'affaireraient aux actions clés suivantes :

- **La défense des intérêts et l'éducation** : Défendre les intérêts quant à l'inclusion des ratios infirmières-patients dans l'éducation en sciences infirmières et les processus d'agrément; promouvoir la conscientisation dans le milieu infirmier, auprès du public et chez les décideurs en ce qui a trait à l'importance des ratios de dotation sécuritaires;
  monter des campagnes et éduquer les collègues, les syndicats, les étudiantes et le public sur les avantages des ratios relatifs aux soins offerts aux patients et à la sécurité du personnel infirmier.

- **La collaboration et l'engagement des parties prenantes** : Collaborer avec les syndicats, les employeurs, les gouvernements et d'autres parties prenantes pour s'assurer de l'élaboration et de l'implantation de ratios infirmières-patients; créer des liens forts avec les employeurs et les instances gouvernementales pour défendre les intérêts des ratios dans les conventions collectives et les cadres des politiques; l'engagement dans l'apprentissage dans toutes les localités, surtout des provinces qui travaillent d'ores et déjà sur la question des ratios.

- **La cueillette de données et la recherche** : Appuyer la cueillette de données, notamment les rapports sur les charges de travail pour faire lumière sur les endroits qu'affecte le plus la sous-dotation; participer aux initiatives de recherche et aux études qui lient les ratios infirmières-patients à l'amélioration des résultats aux patients résultats, à la réduction du roulement de personnel et à la baisse des coûts; se servir de la recherche accessible et des expériences d'autres pays ou localités qui ont réussi à implanter des ratios.

- **La négociation et l'implantation** : À titre de négociateurs et de leaders syndicaux, défendre les intérêts des ratios infirmières-patients à inclure dans les négociations de conventions collectives et s'assurer qu'ils sont fondés sur l'évidence; continuer l'exercice des pressions vers de l'action politique et du financement gouvernemental qui appuieraient l'implantation des ratios, y compris le lobbying et les efforts vers l'introduction de politiques liées aux ratios; s'engager dans des implantations pilotes et progressives en plus de bâtir sur les réussites d'adoption précoces.

- **L'engagement en cours** : Continuer de suivre la progression du travail, de s'assurer que les initiatives sur les ratios infirmières-patients sont en bonne voie et que les besoins en termes de ressources nécessaires et échéanciers sont respectés; se concentrer sur les avantages à long terme, défendre les intérêts de la rétention et du recrutement des infirmières et la stabilisation de la main-d'œuvre en soins de santé; soutenir les collègues infirmières dans leurs efforts vers l'implantation de ces ratios, l'offre d'orientation, d'éducation et de leadership.

- **La défense des intérêts publics et politiques** : Avoir recours aux médias, aux campagnes publiques et aux médias sociaux pour conscientiser le public et se nantir d'un soutien pour les ratios infirmières-patients; s'impliquer dans le lobbying politiques aux niveaux provinciaux, territoriaux et fédéral; tenter de faire des ratios un enjeu clé dans des élections et des discussions sur les politiques; pousser les gouvernements à apporter des changements au financement et à la législation pour appuyer l'implantation complète de ces ratios partout au Canada.

Les déléguées déterminent des thèmes de grande importance

À la suite des réponses à une série complète de questions sur l'orientation, des thèmes importants ont été proposés en ce qui touche les avantages et les axes que sous-tend la nécessité de prendre en considération l'implantation de ratios minimums infirmières-patients réglementés.

La création d'une norme dans les soins

- Créer des normes uniformes en soins de santé dans les provinces et territoires;
- Assurer des résultats patients équitables, sécuritaires et satisfaisants;
- Gérer les disparités entre les localités;
- S'aligner avec les buts de la Loi sur la santé canadienne en termes d'accès aux soins universels;
- Établir une norme nationale : l'unification éventuelle du cadre des ratios infirmières-patients via des organisations professionnelles, notamment Accréditation Canada.

Renchérir la rétention infirmière et le recrutement

- Réduire la concurrence entre les provinces et les territoires;
- Réhausser la stabilité de la main-d'œuvre en réduisant l'épuisement professionnel et la détresse mentale;
- Améliorer les programmes de mentorat offerts aux étudiantes en sciences infirmières;
- Encourager le retour au travail des infirmières qui ont quitté la profession;
- S'assurer de la collaboration entre les gouvernements et syndicats : ces entités coopèrent à la gestion des enjeux entourant la dotation et l'amélioration de la réceptivité des politiques;
- Gérer les approches progressives touchant les programmes pilotes : piloter des ratios infirmières-patients de petite taille qui peuvent servir de preuve à l'appui aux concepts avec de procéder à la propagation nationale quoique des défis historiques persistent au Canada quant à la durabilité, la propagation et au positionnement des ratios.

L'amélioration des résultats pour les patients, les organisations et le système

- Réduire la mortalité et la durée des séjours hospitaliers;
- Améliorer l'efficacité globale des soins de santé;
- Réduire les coûts par l'entremise d'une offre améliorée de services et diminuer les incidents adverses et les réadmissions;
- Améliorer l'efficacité et réduire la dépendance aux agences de placement d'infirmières;
- Promouvoir le partage des données entre les provinces et les territoires et la collaboration en recherche;
- Rehausser la collaboration provinciale et apprendre de celles qui ont de l'expérience quant à l'implantation de ratios infirmières-patients;
- Utiliser les réseaux et ressources actuels, recourir à des organisation établies, notamment la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers et Global Nurses United avec lesquelles on pourrait partager les pratiques les meilleures.

Faire croitre la confiance du public et l'efficacité du système

- Rehausser les expériences patients et la confiance du public dans les soins de santé;
- Encourager la meilleure défense des intérêts pour des améliorations au financement et à la dotation de personnel;
- Réduire l'absentéisme et le roulement des effectifs;
- Collaborer plus fortement entre les professionnelles des soins de santé;
- Obtenir un soutien renforcé des milieux publics et politiques : des campagnes publiques de sensibilisation et médiatiques pour défendre les intérêts peuvent faire accroitre les changements politiques.

Avoir de l'impact positif sur l'environnement socio-politique

- Instituer des politiques améliorées en intégrant les normes des soins de santé dans les ententes de financement;
- Promouvoir la distribution plus équitable de ressources en soins de santé dans toutes les régions;
- Offrir plus de soins de santé publics améliorés et réduire la dépendance aux fournisseurs privés à but lucratif.

Élaborer, consulter et utiliser des données et des politiques basées sur l'évidence

- Utiliser des données et des mesures à l'aide d'outils qui calibrent les niveaux de dotation et les heures journée-patient pour monter un dossier sur les ratios infirmières-patients;
- Démontrer les avantages des ratios infirmières-patients grâce à l'évidence et aux travaux de recherche, aux études accessibles et aux rapports sur les charges de travail afin de renforcer l'argumentation de l'implantation;
- Défendre les intérêts et l'éducation du public de manière plus efficace à l'aide de programmes de formation, de lobbying politique et d'organisations de défense des intérêts des patients pour amplifier la sensibilisation sur les ratios infirmières-patients.

Sommaire des discussions tenues au Sommet

Les déléguées ont conclu que l'implantation des ratios infirmières-patients pourrait constituer une solution essentielle dans la dotation de personnel infirmier au Canada, qu'elle propose un potentiel important dans la gestion des défis de main-d'œuvre, qu'elle améliore les soins offerts aux patients et qu'elle renforce et stabilise la profession. Ainsi, ils pourraient étaler un système de soins de santé plus stable, plus durable et plus efficace tout en faisant la promotion de l'équité, de la sécurité et de la réduction des coûts. En revanche, l'implantation des ratios et sa durabilité exigent de la collaboration, du financement et un alignement politique pour surmonter les disparités provinciales, territoriales et même chez les employeurs. La réussite des fédérations, comme le Canada, exige une implantation, une collaboration et des ajustements uniformes qui se moulent aux besoins locaux tout en maintenant des niveaux minimum mandatés de dotation de personnel. Les déléguées ont pris en considération le besoin d'une norme en dotation minimale de personnel tout en accordant une place aux différences régionales dans la combinaison des compétences, de l'acuité des services et des ressources où une adaptation pourrait être requise quant aux ratios infirmières-patients**.** De plus, elles ont constaté que les provinces

plus petites et celles qui sont munies de régies de santé plus ou moins imposantes peuvent trouver que l'implantation est plus simple.

Pour réussir à implanter des ratios infirmières-patients, les participantes au Sommet ont accentué l'importance des investissements financiers, de l'engagement politique, de la collaboration des parties prenantes et du recours judicieux à l'évidence et aux données. Elles ont aussi renchéri le besoin de communications plus claires, d'un financement stable et d'un alignement avec les objectives à long terme dans les soins de santé pour rehausser la rétention infirmière, le recrutement et les soins offerts aux patients. Par surcroît, elles ont accentué la valeur de l'engagement des infirmières de la ligne de front, la planification structurée et les ressources consacrées à la facilitation efficace de l'implantation. Pour s'assurer la réussite des ratios infirmières-patients, il faut l'endossement gouvernemental de concert avec des actions touchant l'élaboration de politiques, la gestion de la main-d'œuvre et l'implication du public. C'est pourquoi, au bout du compte, une approche bien structurée, bien financée et collaborative est essentielle pour en aboutir à une implantation efficace des ratios, donc pour affronter les défis que propose notamment, la Boîte à outils sur la rétention de Santé Canada.

Les discussions variées tenues pendant le deux jours n'ont tout de même pas créé l'unanimité quant aux recommandations touchant le besoin des ratios infirmières-patients; d'ailleurs on ne s'y attendait pas. Au contraire, on y a décerné des inquiétudes générales sur des points pratiques, en l'occurrence les coûts, les défis habituels entourant la gouvernance dans une fédération et le nombre incessant et la panoplie de milieux de soins de santé où œuvrent les infirmières. Certes, ce qui demeure déconcertant, c'est l'affectation et l'implantation de changements révolutionnaires. Cela dit, on n'a pas vu de mésentente dans la salle quant à la nécessité de s'attaquer au besoin en dotation de personnel infirmier, une fois pour toutes – et certainement à l'attention soutenue pour prendre en considération l'influence transformative éventuelle de certains niveaux de ratios minimums infirmières-patients réglementés sur les résultats touchant le personnel infirmier, les patients et le système.

Bref, dans son ensemble, on a besoin d'une stratégie collaborative comprenant l'éducation, la défense d'intérêts, la négociation, la cueillette de données et l'action politique pour nous assurer de l'implantation réussie de ratios sécuritaires partout au Canada. L'objectif consiste à créer un environnement de travail durable et encourageant pour les infirmières, à améliorer les soins offerts aux patients et à défendre les intérêts vers l'affectation de changements politiques nécessaires à tous les paliers gouvernementaux.

Il n'y a plus de temps à perdre : on se met au boulot.

Au Canada, la transformation des systèmes de soins de santé de demain dépend de l'action urgente vers la stabilisation des ressources humaines d'aujourd'hui - et aucun secteur n'est plus en mauvais état de crise que le près du demi-million d'infirmières autorisées au pays. Plus irritant encore, c'est qu'on peut résoudre les enjeux; nous savons ce qui fonctionne puisqu'on voit plusieurs régions et établissements qui nous montrent le chemin. En fait, plusieurs d'entre eux ont été mis en évidence au cours du Sommet sur les ratios infirmières-patients. On n'a pas besoin de réinventer la roue déjà bien huilée.

Comment expliquer le manque de rigueur quand il s'agit de l'implantation d'une norme très élevée en ce qui a trait aux ressources humaines dans tous les établissements de santé? Tom D'Aquino, un leader parmi les hommes d'affaires canadiens, a demandé à l'auditoire perplexe au cours de son séjour à titre de membre de la Commission nationale d'experts « pourquoi le recours à l'évidence la meilleure est-il optionnel dans un secteur aussi risqué et important que celui des soins de santé? Mais, que se passe-t-il?[21] » (T. D'Aquino, communication personnelle, 2012).

Ça suffit! On a assez parlé, ruminé et étudié! Et, assez de ces chambres d'écho! Si les employeurs et les gouvernements choisissent de ne pas croire les infirmières qui leur répètent sans cesse ce qui se passe dans les milieux de pratique d'aujourd'hui, elles ont alors recours à des études rigoureuses, de rapports et groupes de travail et de commissions qui datent de 25 ans qui soulèvent encore les mêmes questions aboutissant toujours au mêmes recommandations, maintenant usées. De tous les facteurs émanant de ce travail, le plus important est sans aucun doute celui de la dotation de personnel infirmier et toutes ses répercussions sur les patients, les employeurs et les systèmes de soins de santé : situation résultant de la négligence. Le danger qui se pointe ici, c'est qu'on a laissé cette circonstance anormale persister si longtemps que des êtres humains, y compris les infirmières, se comportent maintenant comme si l'inacceptable était normal. Pire encore, elles vont peut-être abandonner l'idée de remarquer les mauvaises conditions de soins et de travail ou de s'y attaquer. En revanche, les patients et les observateurs extérieurs constatent ce développement et se demandent pourquoi on lui permet de persister même lorsque les effectifs peuvent se comporter comme si tout était normal – puisque c'est le cas. Ça ne devrait pas être comme ça!

Pendant son oration au Sommet, la professeure Ball se demandait « est-ce que ce fouillis est nécessaire après toutes ces années?[22] » Non. De plus, il faut finalement briser le cycle si on veut aller de l'avant. Elle a ajouté que les municipalités canadiennes peuvent imposer aux promeneurs de chien l'adhérence aux politiques qui exigent d'eux un nombre limité de chiens par promenade, car *on ne laisse pas le hasard subsister dans des situations dangereuses*. Du coup, les leaders peuvent certainement imaginer l'imposition de normes en dotation de personnel infirmier, au vint-et-unième siècle lorsqu'on parle de soins offerts à certains des gens les plus vulnérables dans notre pays.

Si les Canadiens devaient imaginer un tout autre type de système de soins de santé d'ici les années 2030, bien, pour y parvenir, il leur faudrait quand même avoir recours aux institutions à leur disposition actuelle.

[21] Traduction libre
[22] Traduction libre

Heureusement, les ratios infirmières-patients peuvent servir de pilier dans la planification, l'offre et l'évaluation des résultats de services infirmiers modernes et sécuritaires dans tous les secteurs des soins de santé. Découlant de l'analyse qu'ont faite les déléguées au Sommet, sur les facteurs, barrières, défis et occasions qui, éventuellement, contribueraient positivement et négativement à la réussite, les thèmes suivants ont émergé :

Comment parvenir au but - à réaliser cet objectif?

Les messages clés du Sommet

La prise de décisions axées sur les données

- **Les facteurs de force et de réussite** : Le recours aux données en temps réel sur la dotation de personnel et les soins offerts aux patients qui faciliteront l'évaluation des besoins, la conformité et l'optimisation de la gestion de la main-d'œuvre, les politiques de planification et de main-d'œuvre fondées sur l'évidence; la prise de décisions qui offrent de la visibilité dans les besoins entourant les soins de santé et la main-d'œuvre, qui soutiennent l'amélioration continue grâce au partage de la recherche et de l'évaluation, qui ont recours à l'intelligence artificielle, aux analyses prévisionnelles, à des outils numériques et à l'évidence la meilleure afin d'optimiser la dotation de personnel et, du coup, améliorer l'efficacité globale.
- **Les barrières et défis** : Le recours à la cueillette robuste de données et d'analyses qui informeront les décisions sur les politiques; en termes de soins de santé, les provinces peuvent démontrer des données métriques différentes et irrégulières en termes de suivi et de transparence et lorsqu'elles utilisent des comparaisons difficiles pour mesurer les résultats et les réussites des ratios infirmières-patients.

La faisabilité et la création d'une norme

- **Les facteurs** de force et de réussite : Une norme d'approche sur les ratios infirmières-patients qui assurera l'uniformité dans les attentes touchant les soins offerts aux patients et la main-d'œuvre; des modèles que se sont avérés efficaces chez les premiers usagers des ratios fourniront des connaissances de grande valeur; la facilitation de l'implantation dans d'autres localités en plus d'une feuille de route bien structurée qui pourrait aider les provinces dans la navigation des défis qu'occasionne l'adoption des ratios infirmières-patients.
- **Les barrières et défis** : Les besoins uniques touchant les exigences des provinces dans les soins de santé; la création d'un modèle qui se moule à toutes les provinces se fait problématique; l'implantation pourrait exiger de la flexibilité en termes de lignes directrices qui seraient plausibles malgré les variations régionales quant à l'acuité des patients, la combinaison des compétences et les ressources disponibles.

Les implications financières

- **Les facteurs de force et de réussite** : La baisse des coûts grâce à l'amélioration des résultats des soins prodigués aux patients, notamment la réduction des situations adverses, des réadmissions, de la durée des séjours en hôpital, du roulement de personnel et de la rétention de services d'infirmières des agences de placement; les besoins en ce qui touche les investissements soutenus vers la dotation de personnel infirmier, y compris l'expansion de la main-d'œuvre, l'éducation, les incitatifs aux étudiantes, le cheminement professionnel et l'infrastructure tous nécessaires à l'implantation réussie de ratios minimums infirmières-patients tout en menant vers l'amélioration de l'efficacité financière sur le long terme; l'alignement du financement fédéral avec les ratios pourrait appuyer le financement des soins de santé durables.
- **Les barrières et défis** : Les revirements économiques et l'instabilité financière difficiles à prévoir pourraient impacter les coûts originels élevés subis, donc des contraintes budgétaires, des incertitudes face au financement et le manque d'investissement à long terme dans les systèmes de santé; les coûts initiaux de l'embauche de plus d'infirmières peut être un obstacle, on doit aussi traiter l'allocation de financement entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

L'impact des résultats pour les patients et la main-d'œuvre

- **Les facteurs de force et de réussite :** L'amélioration des soins offerts aux patients, la réduction de la mortalité et les séjours plus courts à l'hôpital illustrent les avantages des soins de santé forts; la rétention infirmière qui s'accroît au fur et à mesure que les conditions non sécuritaires dans les charges de travail s'améliorent; la réduction de l'épuisement professionnel, de l'absentéisme et du roulement des effectifs – et tout ce qui est associé aux mesures d'attraction de nouvelles infirmières dans la profession; la confiance accrue du public dans le système des soins de santé rehausse la satisfaction des patients et vice versa.
- **Les barrières et défis** : L'équilibre de la charge de travail tout en maintenant l'abordabilité du système des soins de santé; l'assurance de la présence d'une quantité suffisante d'infirmières formées pour satisfaire les nouvelles exigences des ratios sans surcharger le personnel déjà sur place; le manque d'équilibre dans le nombre d'infirmières en milieux urbains et ruraux peut compliquer l'implantation des ratios infirmières-patients dans les régions rurales; l'implantation inégale pourrait contribuer à la migration de la main-d'œuvre tout comme les exigences irrégulières en matière d'offres de soins et de services de santé dans les localités.

Les considérations sur les politiques et les législations

- **Les facteurs de force et de réussite** : Encourager l'alignement fédéral, provincial et territorial des politiques entourant le financement des soins de santé et la dotation de personnel; le renforcement des normes et des attentes en ce qui touche les conditions du travail infirmier; la décision éventuelle de soustraire l'influence politique des soins de santé à la suite de la création de normes nationales claires et de la défense des intérêts en vue d'améliorer la conscientisation politique et d'assurer la priorisation et la mise en place des ratios infirmières-patients.

- **Les barrières et défis** : L'instabilité politique, les priorités changeantes et/ou l'opposition nette à la notion des ratios infirmières-patients vont tout probablement affecter la durabilité; la résistance des décideurs de politiques inquiets quant aux impacts financiers et logistiques pourrait s'avérer considérable; le besoin d'évaluations et d'ajustements continus aux politiques fondées sur les résultats réels de ce monde; le piège serait encore tendu dans le processus d'implantation vu le manque de normalisation des politiques dans les localités.

Le renforcement du système de soins de santé au Canada

- **Les facteurs de force et de réussite** : La mise en place de ratios infirmières-patients à l'échelle nationale renforce le leadership du Canada en matière de soins de santé; elle encourage la collaboration dans le partage des pratiques les meilleures parmi les provinces et soutient l'équité dans les soins de santé en réduisant les disparités régionales; l'implantation de solutions numériques pour créer les cédules de travail de la main-d'œuvre, faire une gestion éthique de la dotation des cadres de personnel et des charges de travail qui supportent les ratios infirmières-patients qui, à leur tour, moderniseront le système entier et son efficacité.
- **Les barrières et défis** : L'autonomie provinciale et territoriale pourrait mener à la résistance à l'adoption de ratios normalisés et une concurrence éventuelle entre les provinces à la recherche de talents infirmiers créant ainsi des déséquilibres dans la distribution de la main-d'œuvre.

Les avantages systémiques et à long terme

- **Les facteurs de force et de réussite** : D'abord et avant tout, la mise en place du nombre correct d'infirmières et de leurs combinaisons maintiendra la vigilance requise dans l'alignement avec les résultats sécuritaires critiques; l'amélioration de la culture, de la sécurité psychologique et la qualité globale des soins offerts en milieu de travail; la réduction de la dépendance à la dotation de personnel des agences de placement; le renforcement du modèle de financement public des soins de santé, l'accroissement de l'attractivité vers la profession infirmière et l'augmentation des inscriptions dans les programmes institutionnels.
- **Les barrières et défis** : La prise de décisions en silo, le refoulement administratif et les défis opérationnels au cours de l'implantation de ratios infirmières-patients, y compris le manque de soutien structurel spécifique pourrait atténuer l'implantation des ratios infirmières-patients; la difficulté de maintenir l'uniformité dans l'implantation dans plusieurs localités; le défi de maintenir des politiques adaptables et uniformes des ratios considérant les embûches dans l'avenir des soins de santé.

La stabilisation de la main-d'œuvre et sa rétention

- **Les facteurs de force et de réussite** : La réduction de la concurrence infirmière entre les provinces et les territoires; la stabilisation de la main-d'œuvre grâce à l'amélioration plus uniforme des conditions de travail; la plus grande satisfaction du travail bien accompli et la fierté professionnelle parmi les infirmières et en traitant la cause première de l'épuisement professionnel et des intentions de départ; la réduction de la dépendance aux agences de placement privées, la baisse des coûts; l'expansion des programmes en éducation des sciences

infirmières sera importante dans les questions de recrutement, de rétention et de l'arrivée continue de nouvelles infirmières qualifiées.

- **Les barrières et défis** : L'énorme besoin d'investissement dans la formation et le recrutement pour prévenir les pénuries dans la dotation de personnel; les défis actuels, notamment les pénuries et l'épuisement résultent des incessantes charges de travail élevées et la dépendance aux agences de placement pour doter le personnel et maintenir les opérations dans les unités; une flexibilité et des ajustements élargis de la part de toutes les parties pourraient s'avérer nécessaires pour soutenir la stabilité de la main-d'œuvre sur le long terme.

Bref, l'implantation des ratios infirmières-patients partout au Canada offre la possibilité de rehausser de manière importante les soins de santé grâce à l'amélioration des résultats des soins aux patients, la stabilisation de la main-d'œuvre infirmière et la création de normes entourant la provision de soins. Une approche plus uniforme de ratios propose plusieurs avantages, y compris des soins de plus grande qualité, l'accroissement de la rétention des infirmières et la baisse des coûts des soins de santé. En revanche, leur réussite dépend des besoins uniques de chaque province et territoire et nécessite une collaboration continue, des ressources adéquates et de l'adaptabilité. Il se peut, qu'au-dessus de tout cela, s'imposent un engagement collectif et une vision à long terme, car ce genre de changements révolutionnaires nécessitera du temps et de l'énergie à revendre.

À titre de solution clé dans la planification de la gestion des ressources humaines, les ratios infirmières-patients ont un impact sur la satisfaction du travail infirmier bien accompli, le recrutement et la rétention tout en renforçant les soins offerts aux patients. De plus, ils contribuent à la stabilité de la main-d'œuvre, à l'efficacité économique et au développement professionnel et, à la fois, augmentent la confiance du public envers le système de soins de santé.

L'implantation de ratios infirmières-patients exige des réformes politiques majeures qui dépendront des partenariats forts entre les gouvernements, syndicats et organisations de soins de santé qui doivent collaborer pour en arriver à établir un soutien législatif, un accroissement de la main-d'œuvre et la supervision robuste de données. La sensibilisation publique et une approche stratégique et progressive constituent des éléments critiques. De plus, une problématique règne lorsqu'il s'agit de la piètre compréhension de la profession, de ses impacts et de sa valeur. C'est pourquoi les avantages éventuels liés à des fonds publics consacrés à l'investissement dans ces ratios représentent une manne de petits pains pas faciles à vendre. La défense continue et robuste des intérêts du public et l'éducation seront essentielles.

Ce qui est fondamental dans l'introduction des ratios infirmières-patients réussis, c'est un engagement fort des parties prenantes et l'implication gouvernementale. Les provinces qui ont d'ores et déjà implanté de tels ratios ont pu bénéficier d'un financement spécifique, de la collaboration de tout le secteur et des plans d'implantation structurés. L'atteinte des buts des ratios exige aussi des ressources essentielles, y compris des données fiables, de l'investissement financier, le support politique, la croissance de la main-d'œuvre et l'engagement du public. La réussite n'en tient qu'à une approche bien organisée et bien financée avec des efforts collectifs de la part de toutes les entités. Les provinces qui ont amorcé l'implantation de ces ratios accentuent l'importance des équipes de projet, de l'endossement gouvernemental et des partenariats avec les parties prenantes. De plus, la défense des intérêts et les évaluations en cours de la performance jouent un rôle crucial dans la durabilité de l'efficacité des ratios infirmières-patients.

Le positionnement renforcé de l'implantation des ratios infirmières-patients et leur durabilité résulteront du recours aux réseaux en place, de la promotion de la coopération entre les gouvernements, employeurs et syndicats, la tenue de recherche, le lancement de projets pilotes et les partages des connaissances entre toutes les provinces. Le soutien public et la force de la défense des intérêts basés sur l'évidence constituent des engins vers le changement.

Les professionnelles et les organisations du milieu des soins de santé peuvent appuyer l'expansion des ratios infirmières-patients en l'intégrant dans les programmes d'éducation en sciences infirmières, en s'impliquant dans les politiques de la défense des intérêts, en appuyant davantage la recherche et en nourrissant une collaboration parmi les joueurs principaux. Le but qui chapeaute tous ces efforts consiste à rehausser les soins offerts aux patients, à améliorer le bien-être des infirmières et à s'assurer de la durabilité à long terme du système canadien des soins de santé. L'implantation de ces ratios fera de ce système un modèle à répandre partout au monde vu ses pratiques les meilleures; elle attirera de l'attention qui, tout probablement, nourrira la collaboration et l'innovation internationales.

Réussir l'implantation de ratios infirmières-patients au Canada : un plan

L'implantation des ratios minimums infirmières-patients réglementés devrait faire partie d'un plan robuste et pancanadian comprenant le travail infirmier et les ressources humaines en santé; il fait la lumière sur les buts du système national des soins de santé : comment y arriver de A à Z, qui livrera les services, quelles en seront les combinaisons et où et comment les déploieront-on? Les créateurs de politiques, les gouvernements et les employeurs doivent se rappeler que ces ratios sont un outil important, mais qu'ils ne constituent qu'un des moyens pour en arriver au but et non le but lui-même. Comme le mentionnait la Fédération dans son rapport, il y a de cela 20 ans, les ratios ne sont pas conçus pour gérer directement la pénurie de personnel mais servent d'instruments qui alignent mieux « les ressources humaines libres et les exigences en termes des soins offerts aux patients » tout en se concentrant sur la qualité des soins (la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, 2005, p. 18). La mise en place de ratios signifierait un pas de géant pour le Canada vers une modernisation révolutionnaire de la main-d'œuvre infirmière au pays et participerait à la vraie défaite des taux exorbitants des incidents adverses.

Cette stratégie présume l'arrivée d'une approche coordonnée, progressive et collaborative dont on pourrait s'approprier afin de guider l'implantation des ratios infirmières-patients partout au Canada tout en assurant la durabilité à long terme et l'amélioration des résultats quant aux soins offerts aux patients. De plus, elle assure que les ratios infirmières-patients ne constituent pas seulement une politique mais aussi le fondement d'une transformation des soins de santé à long terme au Canada et l'équilibre entre l'action législative, l'expansion de la main-d'œuvre, l'engagement financier et l'évaluation continue vers la création d'un système de ratios infirmières-patients sécuritaires et durables. Les aspects de la mise en place des phases vont surement se chevaucher dans certains de leurs points de repère et échéanciers.

Une stratégie pierre-angulaire

La création d'un conseil national pour l'implantation de ratios infirmières-patients

Les déléguées au premier Sommet sur les ratios infirmières-patients se sont entendues pour dire que le Canada se doit d'agir avec urgence afin de stabiliser sa main-d'œuvre infirmière. Aux fins de l'exploration de l'avancement des ratios minimums infirmières-patients et de la mise en marche d'actions, un Conseil national sur l'implantation de ces ratios devrait se réunir sous le leadership de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. Pour se faire épauler dans l'exécution de cette charge de travail prévisible, le groupe pourrait suivre le leadership d'une championne canadienne de renommée qui serait affectée aux présentations publiques et d'une directrice générale en plus de représentantes des :

- Syndicats, y compris la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers et ses affiliés provinciaux;
- Gouvernements (Santé Canada, l'infirmière en chef), ministères provinciaux et territoriaux, principaux groupes de travail de consultation en soins infirmiers, des responsables en orientations politiques);
- Employeurs et régies de santé;
- Écoles de sciences infirmières et institutions de recherche;
- Associations professionnelles, et
- Groupes de défense des intérêts des patients et du public.

Les activités prioritaires

Le mandat initial du Conseil national sur les ratios infirmières-patients devrait être de deux ans. Il proposera des rapports trimestriels fondamentaux et un rapport exhaustif sur les accomplissements qui sera présenté en juin 2027. Les premières activités prioritaires du conseil devraient comprendre :

L'implication des parties prenantes

- L'implantation d'une implication stratégique vers le rassemblement de parties prenantes, y compris les infirmières de première ligne, les gouvernements, les employeurs, les syndicats, les patients et les groupes de défense;
- L'élaboration et le lancement d'une campagne de sensibilisation pour accentuer les façons dont les ratios infirmières-patients améliorent la sécurité des patients et le bien-être du personnel infirmier;
- La création de mécanismes d'alignement de stratégies sur les soins infirmiers nationaux, provinciaux et territoriaux pour planifier la main-d'œuvre et faire croitre la collaboration entre les provinces et les territoires en plus de partager les pratiques les meilleures.

La défense des intérêts politiques

- L'élaboration de structures aux échelons provinciaux et territoriaux, notamment des comités consultatifs, pour combiner les politiques qui satisferaient aux besoins régionaux en matière de soins de santé;
- La définition de niveaux de dotation minimale requis dans la provision de soins cliniquement sécuritaires et efficaces dans tous les environnements de soins de santé;
- L'élaboration d'une stratégie de défense des intérêts dans le but d'amorcer la législation sur l'usage de ratios minimums infirmières-patients aux échelons fédéral, provinciaux et territoriaux qui pourrait imiter le système d'accréditation irlandais;

- L’assurance de l’usage de ratios infirmières-patients dans les engagements plus permanents, notamment les lois provinciales et territoriales et les conventions collectives; il pourrait s’agir de protocoles d’entente avec les syndicats et les employeurs alors que le Conseil national se ferait dépositaire des pratiques les meilleures utiles aux négociations de contrats.

Le financement et l'engagement

- L’assurance d’un financement du Conseil et de son mandat initial, en l’occurrence de 2025 à 2027;
- La défense des intérêts nécessaires au financement spécifique à long terme offert par les gouvernement fédéral, provinciaux et territoriaux;
- La défense des intérêts nécessaires à la création d’un Fonds d’implantation de ratios infirmières-patients, par exemple, des transferts fédéraux et/ou des ententes bilatérales avec les provinces et les territoires qui appuieraient le recrutement, l’infrastructure et la formation.

Les connaissances et l'élaboration de politiques

- La mise à jour du tableau des régions pour connaitre les modèles actuels de dotation dans les provinces et territoires;
- La détermination d’objectifs et de mesures à l’aide de références utilisées dans des modèles réussis de ratios infirmières-patients en Australie, en Californie et en Irlande;
- La définition des heures disponibles et des charges de travail en plus de l’allocation de personnel de soutien pour renforcer la réalisabilité du plan d’implantation;
- L’étude des défis et solutions dans la normalisation des niveaux de dotation et la détermination des barrières et catalyseurs affectant l’expansion de la capacité de main-d’œuvre, le recours à l’évidence, la prise de décisions basées sur les données et la promotion de la conscientisation du public.

Dans l’intérêt à long terme de la durabilité et des améliorations en cours, on doit assurer l’intégration des ratios infirmières-patients dans le cœur même d’une norme sur les soins de santé norme. Ce serait alors au Conseil national d’élaborer et de superviser le plan de longue durée, quoiqu’il faudrait probablement intégrer les ratios aux modèles de financement fédéral, provincial, territorial et pancanadien et aux normes d’accréditation. Puis, dépendamment de la législation ou des autres méthodes choisies dans l’établissement de ces ratios, les mécanismes de responsabilisation et de conformité devront faire partie du déroulement. L’amélioration continue devrait comprendre l’intégration de l’intelligence artificielle, au besoin, dans la création de modèles de dotation de personnel. Elle devrait aussi comprendre de la recherche longitudinale sur la qualité des soins offerts aux patients, leur sécurité, les expériences des infirmières et les résultats au niveau du système, y compris les retours sur les investissements fiscaux.

Conclusion

Dans leur revue sur l'évidence pour le Sommet, McTavish et Blain ont conclu que « l'arène de la législation sur la dotation de personnel infirmier sont à l'orée d'un changement transformateur, que propulsent les exigences évolutives des soins de santé et la défense persistante des intérêts par la collectivité infirmière[23] » accompagnée d'une vague de localités sur le point d'entériner les ratios mandatés infirmières-patients dans un cadre légal (2024, p. 9). Ils ont soutenu que ces exigences se font l'écho « de la reconnaissance d'une croissance de l'expertise infirmière et de la recherche empirique appuyant les niveaux de dotation de personnel critique dans les cas de la sécurité offerte aux patients et à la qualité des soins offerts[24] »; leur trajectoire renferme « une réorientation dans la création de politiques en soins de santé qui, de plus en plus, favorise les mandats en tant que mécanismes qui élèvent les normes des soins offerts aux patients et les conditions de travail des infirmières[25].» (McTavish & Blain, 2024, p. 9).

Le Canada se doit d'agir avec détermination dans la réforme d'une gestion dépassée et inefficace au sein même d'une de ses main-d'œuvre les plus amples et compétentes avant que s'impose sa détérioration. Par-dessus tout, on doit qualifier la sécurité de but le plus important dans une industrie à risque élevé où le nombre et la combinaison appropriés de regards vigilants « peuvent faire toute la différence entre le vie et la mort », comme le disait la professeure Leary (2024). L'implantation des ratios infirmières-patients partout au Canada propose une occasion importante en ce qui touche l'amélioration de la sécurité offerte aux patients et d'autres résultats tout en soutenant la stabilité de la main-d'œuvre et l'efficacité des soins de santé.

Le Canada se doit d'agir avec détermination dans la réforme d'une gestion dépassée et inefficace au sein même d'une de ses main-d'œuvre les plus amples et compétentes avant que s'impose sa détérioration.

On réussira grâce à une planification stratégique, des investissements considérables et une collaboration entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les employeurs, les régies du domaine des soins de santé, les syndicats, les écoles en sciences infirmières, les corps de recherche et les associations professionnelles. L'implantation de ratios infirmières-patients exige une approche à phases multiples, fondée sur l'évidence et axée sur les données afin d'assurer les améliorations à la dotation durable de personnel. Les avantages à long terme, y compris les coûts moins élevés, les conditions de travail améliorées et la confiance rehaussée du public, font des ratios une initiative politique irrésistible quoique qu'il faille traiter les défis, notamment l'allocation du financement, la distribution main-d'œuvre et l'autonomie régionale. Si on l'exécute avec prudence, l'implantation des ratios infirmières-patients peut aider le Canada dans la création d'un système de soins de santé plus sécuritaire tout en accordant la priorité aux soins offerts aux patients et au bien-être du personnel infirmier.

[23] Traduction libre
[24] Idem
[25] Ibidem

Bibliographie

Alberta. (2025). *Become a family day home educator.* https://www.alberta.ca/become-an-approved-family-day-home

Almost, J. (2021). *Les soins infirmiers réglementés au Canada. Le portrait de 2021*. Regulated-Nursing-in-Canada_f_Copy.pdf

Almost, J. (2024). *Opening the black box: unpacking the use of nursing agencies in Canada.* Canadian Federation of Nurses Unions. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/09/Agency-Exec-Summary-Report-Final-English.pdf

American Nurses Credentialing Center. (n.d.). *ANCC magnet recognition program*. American Nurses Association Enterprise. https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. *(2025a, Feb. 10). L'Ontario a besoin de ratios infirmiers maintenant, affirme l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario lors d'un événement avec le chef du NPD de l'Ontario et le président de la Fédération du travail de l'Ontario* L'Ontario a besoin de ratios infirmiers maintenant, affirme l'Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario lors d'un événement avec le chef du NPD de l'Ontario et le président de la Fédération du travail de l'Ontario • Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario*. (2025b, Feb. 27). Les infirmières affirment que le rejet des ratios de dotation en personnel par l'Association des hôpitaux de l'Ontario nuit aux patients* Les infirmières affirment que le rejet des ratios de dotation en personnel par l'Association des hôpitaux de l'Ontario nuit aux patients • Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2025c, Mar. 20). *Mettre en œuvre des ratios de dotation en personnel infirmier pour améliorer les soins aux patients, affirment les infirmières et les professionnels de la santé lors de rassemblements partout en Ontario* *Mettre en œuvre des ratios de dotation en personnel infirmier pour améliorer les soins aux patients, disent les infirmières et les professionnels de la santé lors de rassemblements partout en Ontario • Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario*

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Planning for the future: nursing human resources projections.* Canadian Nurses Association.

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

Australian Nursing & Midwifery Federation. (2022, Nov. 9). *Better nurse/midwife patient ratios will ease workloads and improve care. On the Record.* https://otr.anmfvic.asn.au/articles/better-nurse-midwife-patient-ratios/

Baumann, A., & Crea-Arsenio, M. (2023). *The crisis in the nursing labour market: Canadian policy perspectives. Healthcare, 11*(13), 1954. https://doi.org/10.3390/healthcare11131954

Ben Ahmed, H., & Bourgeault, I. (2022). *Sustaining nursing in Canada. A set of coordinated evidence-based solutions targeted to support the nursing workforce now and into the future.* CFNU. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2022/11/CHWN-CFNU-Report_-Sustaining-Nursing-in-Canada2022_web.pdf

British Columbia Nurses' Union. (2025, Mar. 5). *Minimum nurse-to-patient ratios. Ratios save lives.* https://www.bcnu.org/contracts-and-bargaining/minimum_-nurse-to-patient-ratios

Canadian Press. (2022, Apr. 29). *Health organizations ask Quebec to create patient ratios and stop 'vicious cycle.'* https://www.ctvnews.ca/montreal/article/health-organizations-ask-quebec-to-create-patient-ratios-and-stop-vicious-cycle/

Canadian Press. (2024, Jul. 22). *Manitoba First Nation says members without health care due to nursing shortage*. https://www.ctvnews.ca/winnipeg/article/manitoba-first-nation-says-members-without-health-care-due-to-nursing-shortage/

City of Toronto. (2025). *Commercial dog walker permit.* https://www.toronto.ca/services-payments/permits-licences-bylaws/commercial-dog-walker-permit/

College of Registered Nurses of Alberta. (2023, Oct 1). *Registration data explained.* https://nurses.ab.ca/media/ipuapzen/crna-registration-data-explained.pdf

Drost, A., Ben-Ahmed, H., & Sweetman A. (2024, May). The trajectory of agency-employed nurses in Ontario, Canada: a longitudinal analysis (2011-2021). *Policy, Politics & Nursing Practice, 25*(2), 70-82. https://doi.org/10.1177/15271544241240489

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2005). *Enhancement of patient safety through formal nurse-patient ratios: a discussion paper*. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/07/np_ratio_eng.pdf

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2023, Mar.) *CFNU member survey summary report*. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/01/CFNU-Member-Survey-Summary-Report.pdf

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2025). *CFNU national nurses survey.* https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2025/03/CFNU-Member-Survey-Report_March-25_final-65.pdf

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2002). *Planning for the future: nursing human resources projections.* Canadian Nurses Association. https://nursesunions.ca/research/empowering-nurses-enhancing-care/

Fédération interprofessionelle de la santé du Québec. (n.d.). *Des ratios pour des soins humains*. Ratios sécuritaires - Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec

Government of Prince Edward Island. (2025). *Family home centre owners.* https://www.princeedwardisland.ca/en/information/education-and-early-years/family-home-centre-owners

Hamill, A., & Hiltz, J. (2024). *Empowering nurses, enhancing care: Lessons on safe staffing and nurse-patient ratios from Ireland and the United Kingdom. Current evidence report.* Canadian

Human Resources & Services Administration. (2024). *2022 national sample survey of registered nurses snapshot.* https://bhw.hrsa.gov/sites/default/files/bureau-health-workforce/Nurse-Survey-Fact-Sheet-2024.pdf

Infrastructure Canada. (2024, Aug. 15). *La Stratégie de développement économique du Canada rural : Rapport d'étape d'août 2021* *La Stratégie de développement économique du Canada rural : Rapport d'étape d'août 2021*

Institut canadien d'information sur la santé (2023a, Mar. 30). *Nombre de médecins et d'infirmières par 10 000 habitants selon la région sanitaire, 2021. https://www.cihi.ca/en/number-of-physicians-and-nurses-per-10000-population-by-health-region-2021*

Institut canadien d'information sur la santé. (2023b, Oct. 19). *Tendances liées au personnel hospitalier et aux préjudices à l'hôpital durant la pandémie.* *Tendances liées au personnel hospitalier et aux préjudices à l'hôpital durant la pandémie*

Institut canadien d'information sur la santé (2024a). *Les préjudices dans les hôpitaux canadiens… une réalité.* *Les préjudices dans les hôpitaux canadiens… une réalité.*

Institut canadien d'information sur la santé (2024b, Jun. 27). *Capacité à suivre les besoins changeants de la population.* *Capacité à suivre les besoins changeants de la population*

Institut canadien d'information sur la santé (2024c, Dec. 17). *État de la main-d'œuvre de la santé au Canada, 2023* *État de la main-d'œuvre de la santé au Canada, 2023*

Ireton, J. (2024, Dec. 2). 2024 Worst year for Ontario ER closures, CBC analysis finds. *CBC News.* https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/data-analysis-er-closures-three-years-2024-worst-year-for-scheduled-closures-1.7396789

Jackson, D., & Silas, L. (2024, Jan. 24). *OP-ED Unsafe staffing: nurses have solutions*. *The Free Press*. https://www.winnipegfreepress.com/opinion/analysis/2024/01/22/unsafe-staffing-nurses-have-solutions

Leary, A. (2024). Ratios – why now? Lessons from safety-critical industries. First National Summit on Nurse-Patient Ratios, CFNU.

Leary, A. (2024). Ratios – why now? Lessons from safety-critical industries [Conference presentation]. Nurse-Patient ratios Summit, 2024, Ottawa, ON, Canada. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2025/01/AlisonLeary_EN.pdf?link_id=3&can_id=1efc41df21f4ddb9e269897ed03780cf&source=email-nurse-patient-ratios-summit-recap-resume-du-sommet-sur-les-ratios-infirmierespatients&email_referrer=email_2589911&email_subject=nurse-patient-ratios-summit-recap-rsum-du-sommet-sur-les-ratios-infirmires-patients

Manitoba. (2025). *A guide to child care in Manitoba.* https://www.gov.mb.ca/education/childcare/families/guide_childcare/

McClure, M., Poulin, M., Sovie, M., & Wandelt, M. (1983). *Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses.* American Academy of Nursing. https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=7ec2e50bf71fdf416db7031522b82c0d31af9294

McGillis-Hall, L., & Visekruna, S. (2020). *Outlook on nursing: a snapshot from Canadian nurses on work environments pre-COVID-19.* CFNU. https://nursesunions.ca/research/outlook-on-nursing/

McTavish, C., & Blain, A. (2024). *Nurse-patient ratios. Current evidence report*. CFNU. https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2024/11/NPR-Full-Report-Final-01Nov24.pdf

Ministry of Health, British Columbia. (2024). *Minimum nurse-to-patient ratio – hospital-based care settings*. https://www.bcnu.org/files/mNPR_Hospital-Based_Care_Setting_Policy_Directive.pdf

Muir, K.J., Sliwinski, K., Pogue, C., Golinelli, D., Petto, A., Lasater, K., & McHugh, M. (2025). *Lower burnout among hospital nurses in California attributed to better nurse staffing ratios. Policy, Politics, & Nursing Practice, 2025;0(0).* *https://doi.org/10.1177/15271544251317506*

Nova Scotia Nurses' Union. (n.d.). *Nurse staffing policy a game changer.* https://www.nsnu.ca/resources/newsletters/may-2024/nurse-staffing-policy-game-changer

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2025, Feb. 1). *Registrant statistics*. https://cno.org/what-is-cno/nursing-demographics/registrant-statistics

Oregon Nurses Association. (n.d.). *Safe staffing saves lives: amended bill overview.* *https://www.oregonrn.org/page/SafeStaffing-AmendedBill*

Organisation de coopération et de développement économiques. (2004). *Vers des systèmes de santé plus performants,* OECD Publishing. Vers des systèmes de santé plus performants

Organisation de coopération et de développement économiques. (2025, Nov. 7). *Panorama de la santé 2023*

Panorama de la santé 2023

Parliament of Victoria. (2025, Mar. 17). Nurse-to-patient ratios agreed by lower house. https://www.parliament.vic.gov.au/news/health/nurse-ratios/

Prairie Mountain Health Regions Employers Organization and Manitoba Nurses Union. (2024, July). *Collective Agreement*. https://healthcareersmanitoba.ca/files/mnu-ca-pmh-2024-28.pdf

Royal College of Nursing. (2024, Apr. 25). *NHS sickness data shows average nurse took entire week off sick last year due to stress-related illness.* https://www.rcn.org.uk/news-and-events/Press-Releases/nhs-sickness-data-shows-average-nurse-took-entire-week-off-sick-last-year-stress-apr24

Sanders, C. (2024, May 23). Province targets health regions' reliance on private-agency nurses. *Free Press.* https://www.winnipegfreepress.com/breakingnews/2024/05/23/province-targets-health-regions-reliance-on-private-agency-nurses

Santé Canada. (2024). *Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers : Améliorer la vie professionnelle du personnel infirmier au Canada.* Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers : Améliorer la vie professionnelle du personnel infirmier au Canada

Scheffler, R., & Arnold, D. (2019). Projecting shortages and surpluses of doctors and nurses in the OECD: what looms ahead. Health Economics, Policy and Law, 14(2), 274-290. https://doi.org/10.1017/s174413311700055x

Scott-Marshall, H. (2023). *Safe hours save lives! Study on safe working hours for nurses*. CFNU. https://nursesunions.ca/research/safe-hours-save-lives/

Services aux Autochtones Canada. (2022, Aug. 16). *Le gouvernement du Canada annonce que les indemnités de recrutement et de maintien en poste tripleront pour les infirmières et infirmiers de Services aux Autochtones Canada dans les communautés éloignées et isolées, et ce, jusqu'en 2025* Le gouvernement du Canada annonce que les indemnités de recrutement et de maintien en poste tripleront pour les infirmières et infirmiers de Services aux Autochtones Canada dans les communautés éloignées et isolées, et ce, jusqu'en 2025

Simoens, S., Villeneuve, M., & Hurst, J. (2005). *OECD health working papers No. 19. Tackling nurse shortages in OECD countries*. OECD. https://www.oecd.org/en/publications/tackling-nurse-shortages-in-oecd-countries_172102620474.html

Statistique Canada. (2022, Fév. 9). *Croissance démographique dans les régions rurales du Canada, 2016 à 2021* www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-fra.cfm

Statistique Canada. (2023a, Juil. 24). *Personnel infirmier : travail plus ardu pendant plus d'heures dans un contexte de pénurie croissante de main-d'œuvre.*

www.statcan.gc.ca/o1/fr/plus/4165-personnel-infirmier-travail-plus-ardu-pendant-plus-dheures-dans-un-contexte-de-penurie

Statistique Canada. (2023b, Août 10). *Qualité de l'emploi et dynamique sur le marché du travail des travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19.*
Qualité de l'emploi et dynamique sur le marché du travail des travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19

Statistique Canada. (2024, Dec. 16). *Postes vacants, troisième trimestre de 2024*.
Le Quotidien — Postes vacants, troisième trimestre de 2024

Statistique Canada. (2025, Jan. 22). *Les temps d'attente sont longs pour pourvoir un emploi sur deux dans le secteur de la santé.*
Les temps d'attente sont longs pour pourvoir un emploi sur deux dans le secteur de la santé - Statistique Canada

Stryker, C. (n.d.). *What is employee productivity*? IBM. https://www.ibm.com/think/topics/employee-productivity

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.

Nota : La rédaction du rapport présent a été rendue possible grâce à l'intelligence artificielle du logiciel ChatGPT; le service était gratuit; il est accessible à l'adresse suivante : https://chatgpt.com/. L'usage spécifique de cet outil servait à recevoir de l'aide pour assembler des listes de réactions et des groupes de thèmes qui utilisent des termes liés.

Addendum A

Les organisations qui ont participé au Sommet

Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Athabasca University

Australian Nursing and Midwifery Federation (ANMF)

BC Ministry of Health

British Columbia Nurses' Union

Dalhousie University

Effectifs de la santé Canada

Excellence en santé Canada

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)

Gouvernement du Canada

Gouvernement du New Brunswick

Gouvernement de la Saskatchewan

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Hay River Health and Social Services Authority

Health Employers Association of BC

Health PEI

Healthcare & Workforce Modelling at London South Bank University / WHO Europe

IWK Health

Johnson-Shoyama Graduate School, University of Regina

Labrador-Grenfell Health

Manitoba Health, Seniors and Long-Term Care

Manitoba Nurses Union

Michael Villeneuve Associates

Ministère de la Défense nationale

Ministry of Health

Ministry of Health Newfoundland

Ministry of Health Ontario

NL Health Services

Nova Scotia Health

Nova Scotia Nurses Union

Nurses and Nurse Practitioners of BC (NNPBC)

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

PEI Department of Health and Wellness

Prairie Mountain Health

Prince Edward Island Nurses' Union

Queen Elizabeth Hospital

Queen's University

Queensland Nurses and Midwives' Union

Registered Nurses' Union Newfoundland & Labrador

Réseau de santé Horizon

Réseau de santé Vitalité

Royal College of Nursing Institute of Nursing Excellence

Royal College of Nursing Wales

Santé Canada

Saskatchewan Health Authority

Saskatchewan Union of Nurses

SEIU Healthcare

SEIU-WEST

Shared Health Manitoba

Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Syndicat Québécois des Employées et Employés de Service Section

United Nurses of Alberta

Université d'Ottawa

Université de Moncton

Université de Montréal

Université du Québec en Outaouais

University of British Columbia

University of Windsor

WeRPN

Yukon Government

Addendum B

Ressources partagées avec les participantes au Sommet

Documentation à lire avant le Sommet
Nurse-Patient Ratios: Current Evidence Report

Empowering Nurses, Enhancing Care: Lessons on Safe Staffing and Nurse-Patient Ratios from Ireland and the United Kingdom

Manuel de travail : Le Sommet sur les ratios infirmières-patients 2024

Présentation des diapositives des oratrices aux séances plénières

- Professeure Jane Ball : Dotation en personnel infirmier : Des données probantes à la politique
- Professeure Alison Leary : Les ratios – pourquoi maintenant? Leçons des industries critiques en matière de sécurité
- Dre Kim McMillan : Ce dont le personnel infirmier du Canada a besoin : Aperçu provenant des premières lignes
- Helen Whyley : Dotation en personnel pour des soins sécuritaires et efficaces au Royaume-Uni
- Lisa Fitzpatrick : Ratios à Victoria, Australie
- Michelle Mahon : La sécurité en chiffres : Deux décennies de loi californienne sur les ratios infirmières-patients
- Janet Hazelton : Aller de l'avant : La voie de la Nouvelle-Écosse vers la dotation garantie en personnel infirmier
- Adriane Gear : Mettre en œuvre les ratios minimums infirmières-patients

LA FÉDÉRATION CANADIENNE DES SYNDICATS D'INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS

Reformuler la dotation infirmière pour révolutionner les soins de santé au Canada

Un coup d'œil sur le premier Sommet national sur les ratios infirmières-patients 2024

Mai 2025

www.fcsii.ca