



Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour
les ressources humaines infirmières au Canada

RAPPORT FINAL DE LA PHASE II



Rapport final de la Phase II

Ce *Rapport final de la Phase II* fait partie d'un plus vaste projet **Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada**.

Diffuseur Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers

Auteurs Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers

Rédacteurs Med-Emerg Inc.
6711, ch. Mississauga, bureau 404
Mississauga (Ontario) L5N 2W3

Gestion de projet Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers
99, 5^e avenue, bureau 10
Ottawa (Ontario) K1S 5K4

Téléphone (613) 233-1950
Courrier info@buildingthefuture.ca
Site Web www.construirelavenir.ca

N.B. La main-d'oeuvre infirmière étant à prédominance féminine, nous avons privilégié l'emploi du terme « infirmière ». Cette mesure vise simplement à alléger le texte et n'exclut en rien les hommes.

Canada 

Ce projet est financé en partie par le Gouvernement du Canada par l'entremise du Programme des conseils sectoriels et par Santé Canada.

Les opinions et les interprétations figurant dans la présente publication sont celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.



Table des matières

| | |
|--|----|
| Résumé | ii |
| 1.0 Préambule | 1 |
| 2.0 Analyse des enjeux et des tendances au sein des provinces et des territoires | 4 |
| 3.0 Stratégies et possibilités pancanadiennes ou provinciales/territoriales | 7 |
| 4.0 Innovations inhérentes aux stratégies fédérales/provinciales/territoriales en matière de RHS dans le domaine des soins infirmiers | 16 |
| 5.0 Analyse des lacunes, des secteurs préoccupants et des points forts | 17 |
| 6.0 Stratégies pancanadiennes prioritaires | 19 |
| 7.0 Contexte pancanadien des ressources humaines en santé | 22 |
| 8.0 Prochaines étapes | 27 |
| Annexe A : Construire l'avenir : Membres du Comité directeur | 28 |
| Annexe B : Participants aux consultations fédérales/provinciales/territoriales | 31 |
| Annexe C : Participants à la conférence sur invitation Construire l'avenir | 43 |



Résumé

Ce rapport marque le point culminant de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers. Le projet de cinq ans comportait deux phases et prévoyait un examen de la main-d'oeuvre infirmière pour les trois groupes professionnels réglementés au Canada (infirmières auxiliaires autorisées (IAA), infirmières autorisées (IA) et infirmières psychiatriques autorisées (IPA)). La Phase I, qui a pris fin en décembre 2004, a permis de dresser un portrait de la situation des ressources humaines infirmières au Canada. Une série de 15 rapports de recherche ont été rédigés sur différents sujets dont la mobilité des infirmières et des infirmiers, la main-d'oeuvre infirmière à l'échelle internationale, l'enseignement des soins infirmiers au Canada, pour n'en nommer que quelques-uns.

La Phase II du projet a débuté à l'automne 2005 et avait pour objectif d'élaborer une stratégie pancanadienne pour les ressources humaines (RH) infirmières, en consultation avec des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux, fondée sur les résultats et les recommandations présentés au terme de la Phase I. Les rapports de recherche issus de la phase initiale ont été regroupés par province ou territoire, et une série de consultations provinciales et territoriales ont eu lieu. Un rapport sommaire a été rédigé pour chaque province et territoire à partir des commentaires recueillis auprès des participants à cette initiative.

Dans l'ensemble, les consultations ont corroboré l'information colligée au cours de la Phase I. Les participants ont suggéré un certain nombre de stratégies qui se sont établies d'une province et d'un territoire à l'autre et qui, en général, cadrent avec les recommandations énoncées dans le *Rapport final de la Phase I*. Voici ces recommandations.

- Recommandation 1 – Créer un approvisionnement stable d'infirmières.
- Recommandation 2 – Adopter une formule pancanadienne à l'égard de la formation infirmière en collaboration avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral afin de former un nombre suffisant de diplômés qualifiés pour répondre aux besoins de main-d'oeuvre.
- Recommandation 3 – Mettre l'accent sur la collecte de données afin d'améliorer la planification des ressources humaines.
- Recommandation 4 – Utiliser un cadre de planification des ressources humaines de la santé fondé sur les besoins de la population dans le but de planifier les ressources humaines infirmières.
- Recommandation 5 – Faire appel à des pratiques fondées sur des résultats probants pour prendre des décisions de dotation éclairées, y compris celles liées au recrutement et au maintien en emploi.
- Recommandation 6 – Mettre en oeuvre des mécanismes efficaces et efficients pour régler les problèmes liés à la charge de travail et améliorer les résultats pour le patient, le personnel infirmier et le système de soins de santé.
- Recommandation 7 – Créer des milieux de travail qui maximisent les résultats pour le patient, le personnel infirmier et le système.



- Recommandation 8 – Améliorer et assurer la santé et la sécurité des infirmières.
- Recommandation 9 – Concevoir des approches innovatrices qui permettront d’élargir l’expérience clinique dans l’enseignement des sciences infirmières.
- Recommandation 10 – Maximiser la capacité des infirmières d’exercer leur profession dans toute l’étendue de la pratique.

Il est apparu clairement lors des consultations que nombre des provinces et des territoires avaient déjà conçu des stratégies en vue de mettre en oeuvre les recommandations. Les participants à ces séances ont également souligné les lacunes dans la recherche, les politiques et les mécanismes de financement qui doivent être corrigées. Ils ont mentionné entre autres la connaissance insuffisante qu’ont les responsables de l’élaboration des politiques et les décideurs de la situation, la nécessité d’adopter des politiques qui contribuent au bien-être des effectifs infirmiers sur les lieux du travail et l’absence de données opportunes pour faciliter la planification des RH infirmières. Les participants ont toutefois proposé d’autres stratégies qui permettraient de faire avancer les dossiers inhérents à chacune des recommandations issues de la Phase I. Ils ont également souligné qu’une coopération s’impose de la part des intervenants concernés en vue d’élaborer des stratégies pancanadiennes pour régler les problèmes auxquels font face présentement ces professions.

Un rapport résumant le fruit des consultations a servi de fondement à la dernière étape de la Phase II – du 30 avril au 1^{er} mai 2006, les intervenants du secteur des soins infirmiers partout au Canada se sont réunis pour évaluer les stratégies mises de l’avant lors des précédentes consultations. Ils ont été chargés de dresser ensemble une liste des stratégies jugées prioritaires parmi celles recensées. En petits groupes et en présence d’un facilitateur, ils ont convenu les six stratégies prioritaires suivantes à mettre en oeuvre :

1. Il faut s’éloigner du discours axé sur l’ « étendue de la pratique » et s’efforcer plutôt d’élaborer une politique de gestion qui aide les infirmières à travailler à leur niveau de compétences dans divers contextes clinique.
2. Il faut élargir le cadre de planification des RH infirmières de sorte à inclure d’autres professions de la santé; en d’autres mots, élaborer une stratégie intégrée en matière de ressources humaines en santé pour les professionnels de la santé.
3. Étant donné que, selon les modèles de prévision, un grand nombre d’infirmières et d’infirmiers quitteront leur profession dans les années à venir (ce qu’il faut attribuer à l’érosion naturelle des effectifs, aux départs à la retraite, etc.), il est nécessaire d’accorder un financement qui permette d’accroître l’approvisionnement d’infirmières et ce, en renforçant la capacité des programmes d’enseignement en soins infirmiers au Canada.
4. Dresser une liste des « meilleures pratiques » qui prévoient des stratégies efficaces en milieu de travail, plus précisément des stratégies aptes à créer des environnements professionnels efficaces et à maximiser les résultats pour le personnel infirmier et le système.



5. Créer une stratégie pancanadienne coordonnée pour informer les gestionnaires du système de santé et les décideurs sur la corrélation entre la charge de travail et la qualité des soins dispensés au patient et la santé des infirmières.
6. Résoudre les problèmes liés à la santé et à la sécurité en milieu de travail et ceux relatifs aux environnements professionnels dans le but d'atténuer les effets du surmenage et de l'épuisement professionnel

Partant du principe que la planification des RH infirmières n'est pas un travail qui devrait se faire en vase clos, la dernière section du présent rapport jette un coup d'oeil sur d'autres initiatives liées aux ressources humaines en santé (RHS) en cours au pays. Le travail du Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH) et l'étude du Groupe de travail Deux (sur les ressources humaines pour les médecins) sont deux initiatives qui ont beaucoup en commun avec l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers. Les rapports produits sur ces trois initiatives recommandent qu'une approche à la planification des RHS fondée sur les besoins soit érigée en norme nationale. De plus, les effectifs infirmiers comme les médecins recommandent la mise en place d'une infrastructure dont la capacité d'analyse, le soutien de base et le modèle de gouvernance sont convenables pour coordonner une approche pancanadienne fondée sur les besoins à l'égard de la planification des ressources humaines en santé.

Les trois rapports soulignent la nécessité de mettre en oeuvre cette approche pancanadienne au niveau des provinces, des territoires et des collectivités. Ils mettent également l'emphase sur l'importance d'une pratique collaborative axée sur le travail d'équipes interprofessionnelles. Enfin, la nécessité de concevoir des approches concertées au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé est considérée l'un des enjeux critiques entourant l'accès à des soins de santé de qualité au Canada. Un dialogue noué avec tous les intervenants devrait engendrer un plan d'action axé sur la collaboration entre les provinces et les territoires, et parmi les collectivités.

L'Étude sectorielle sur les soins infirmiers a permis de mieux comprendre les enjeux entourant les RHS dans ce secteur et, ce qui est plus important encore, nous sommes arrivés à un consensus sur les grandes stratégies à mettre en oeuvre. Il reste toutefois à concevoir des plans pour s'assurer que les stratégies seront bel et bien mises en oeuvre. Des liens ont été établis de sorte que la planification des RH dans le secteur des soins infirmiers s'inscrive dans le plus vaste contexte de la planification des RHS au Canada. Il nous faut poursuivre sur cet élan pour que les patients, les fournisseurs de soins de santé et le système de soins de santé au Canada bénéficient de l'important travail réalisé dans le cadre de cette étude.



1.0 Préambule

Ce rapport marque le point culminant de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers. Le projet de cinq ans comportait deux phases et a examiné la main-d'oeuvre infirmière pour les trois groupes professionnels réglementés au Canada (infirmières auxiliaires autorisées (IAA), infirmières autorisées (IA) et infirmières psychiatriques autorisées (IPA)). La Phase I, qui a pris fin en décembre 2004, a permis de dresser un portrait de la situation des ressources humaines infirmières au Canada. Une série de 15 rapports de recherche ont été rédigés sur différents sujets dont la mobilité des infirmières et des infirmiers, la main-d'oeuvre infirmière à l'échelle internationale, l'enseignement des soins infirmiers au Canada, pour n'en nommer que quelques-uns.

L'Étude a été placée sous la gouverne d'un Comité directeur dont faisaient partie des représentants des groupes suivants : IAA, IA, IPA, employeurs, syndicats, enseignants, médecins et gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. L'Annexe A fournit une liste des membres du Comité directeur.

La phase I de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers comportait un projet de recherche en vue de mieux comprendre les facteurs ayant une incidence importante sur les ressources humaines (RH) infirmières. Celui-ci prévoyait une vaste consultation et des projets de recherche incluant des sondages, des entrevues, des analyses de la documentation publiée et d'autres initiatives de recherche commandées. Outre le *Rapport final de la Phase I* et le *Rapport de synthèse de la recherche*, 13 rapports de recherche ont été publiés en mai 2005 comme documents à l'appui. Précisons qu'il n'existait aucune vue d'ensemble complète de la situation des ressources infirmières au Canada avant la publication de ces rapports.

La Phase II du projet a débuté à l'automne 2005. L'objectif de la Phase II était d'élaborer une stratégie pancanadienne sur les ressources humaines infirmières, en consultation avec des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux, à partir des constatations et des recommandations issues de la Phase I. Ce projet a été financé en partie par le Programme des conseils sectoriels du Canada, Santé Canada et les représentants des milieux infirmiers au Canada.

En septembre 2005, on a demandé à Med-Emerg Inc. de préparer des documents de consultation pour chacune des provinces et chacun des territoires au Canada à l'exception du Québec, de la Saskatchewan et du Nunavut¹. Ces rapports qui reflètent les contextes provinciaux et territoriaux et qui ont été rédigés en gardant à l'esprit les intérêts des infirmières et ceux des décideurs, avaient pour but de résumer les constatations et les recommandations pertinentes issues de la Phase I dans le but de faciliter les consultations avec les intervenants.

Les documents de consultation s'appuient sur les constatations énoncées dans les rapports de recherche et ont été élaborés dans le cadre des dix recommandations dont rend compte le *Rapport final de la Phase I* de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers. Ils ont été présentés à chacune des provinces et chacun des

¹ Le Québec et le Nunavut n'ont pas répondu aux demandes de consultation. La Saskatchewan a lancé une série de consultations provinciales sur des questions similaires dans le cadre de l'élaboration de son Plan d'action pour la main-d'oeuvre du domaine de la santé, préalablement à la mise en oeuvre de la Phase II de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers.



territoires (à l'exception du Québec, de la Saskatchewan et du Nunavut) et ont fait l'objet d'une vaste consultation auprès des intervenants du milieu des soins infirmiers. Les participants à ce processus consultatif incluaient des représentants des instances gouvernementales fédérales, provinciales et territoriales, des employeurs (p. ex. offices régionaux de la santé, soins de longue durée, soins de santé communautaire et santé publique), des syndicats, des organismes de réglementation et des associations professionnelles du secteur des soins infirmiers et des établissements d'enseignement (p. ex. universités, collèges communautaires). L'Annexe B fournit une liste des participants aux séances de consultation avec chacune des provinces et chacun des territoires.

Une formule analogue a été utilisée pour toutes les séances de consultation par souci de cohérence dans les présentations et la production des rapports. Le processus consultatif s'est articulé autour de quatre questions :

1. Est-ce que les stratégies et plans conçus par les provinces et les territoires tiennent compte des constatations et des recommandations issues de la Phase I de l'Étude? Si oui, donnez quelques exemples. Si non, quelle en est la raison et où se situent les lacunes?
2. Quelles stratégies supplémentaires sont nécessaires pour corriger ces lacunes?
3. Quels sont les éléments facilitateurs et les défis à relever dans la province et le territoire dont il faut tenir compte au moment de mettre en oeuvre les recommandations ou de combler les lacunes?
4. Quelle(s) mesure(s) doivent être prises à l'échelle pancanadienne pour soutenir la mise en oeuvre de ces recommandations dans votre région?

Des rapports « tel que rapporté » ont été produits pour chacune des provinces et chacun des territoires et exposent les résultats des discussions dont ont fait l'objet les quatre questions respectivement. Les rapports « tel que rapporté » ont été distribués aux participants aux séances de consultations fédérales/provinciales/territoriales. Ils constituent le fondement des sections 2.0 à 5.0 du présent rapport, lesquelles rendent compte des stratégies conçues par les provinces et les territoires, des possibilités offertes, des lacunes, des secteurs préoccupants et des lacunes à combler afin d'informer une stratégie pancanadienne en matière de RH pour résoudre les problèmes liés à la main-d'oeuvre infirmière.

Les sections 2.0 à 5.0 ont été rédigées à partir des rapports « tel que rapporté » qui ont été produits pour la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, l'Ontario, le Manitoba, la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Yukon et le gouvernement fédéral². Ces sections du rapport traduisent les enjeux et les tendances qu'ont cernés les participants aux consultations. Les sections pertinentes du rapport devraient être lues dans cette optique.

² Un rapport tel que rapporté n'a pas été produit pour les Territoires du Nord-Ouest



Du 30 avril au 1^{er} mai 2006, les intervenants principaux aux niveaux fédéral, provincial et territorial ont participé à la conférence sur invitation intitulée *Construire l'avenir*. Cette conférence de deux jours a fourni une occasion unique aux participants de faire avancer le dossier des ressources humaines dans le secteur des soins infirmiers. Ils ont étudié les résultats de la Phase I du projet de même que les constatations énoncées dans les sections 2.0 à 5.0 de ce rapport. Les sections 6.0 et 7.0 présentent les résultats de la conférence.

La dernière section de ce rapport propose un cadre d'action. Compte tenu des excellents progrès réalisés et de l'impulsion qu'a donnée l'étude sur les RH infirmières dans le secteur des soins infirmiers, il importe de donner suite aux idées et aux stratégies qui ont été développées pour s'assurer que nous disposions d'une main-d'oeuvre infirmière stable et efficace dans les années à venir.



2.0 Analyse des enjeux et des tendances au sein des provinces et des territoires

Plusieurs tendances et thèmes généraux sont ressortis des séances de consultation fédérale, provinciales et territoriales. Ces thèmes communs ont tendance à s'appliquer à toutes les recommandations. Ils se résument ainsi :

1. Les résultats des séances de consultation fédérales, provinciales et territoriales confirment les enjeux, les préoccupations et les grandes orientations dont le *Rapport final de la Phase I* fait état. Les séances confirment aussi la valeur des résultats compilés dans les rapports de recherche et des recommandations sur les mesures à prendre qui sont proposées dans le rapport produit au terme de la phase I. Dans le rapport de la Nouvelle-Écosse, on peut lire ceci : « Comme l'a souligné quelqu'un, c'est bien de voir que les statistiques confirment ce qu'au fond, on savait déjà ».
2. Toutes les provinces et tous les territoires sont conscients de l'importance des défis auxquels sont confrontés ou qui attendent les trois groupes professionnels infirmiers, et de la nécessité de plus en plus pressante d'intervenir pour préserver l'intégrité de la main-d'oeuvre infirmière au Canada. Si aucune mesure n'est prise, la situation ne fera qu'empirer et ce sont malheureusement les patients qui continueront d'en faire les frais.
3. Les intervenants du secteur des soins infirmiers s'inquiètent du fait qu'il y a un manque de compréhension – un fossé – entre ce qui se passe au niveau ministériel et ce que recommande l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers. On est d'avis également que les cadres supérieurs des organisations de la santé et du gouvernement n'ont pas même une compréhension élémentaire des problèmes auxquels font face les infirmières dans le contexte de la pratique clinique.
4. Depuis la publication du *Rapport final de la Phase I*, toutes les provinces et tous les territoires au pays ont donné suite – à différents degrés – aux recommandations proposées dans le document. C'est l'occasion pour les provinces et les territoires de partager leurs « meilleures pratiques » afin d'assurer une utilisation optimale des ressources disponibles. La plupart des provinces et des territoires ont exprimé leur frustration par rapport au peu de progrès réalisés à grande échelle pour répondre aux préoccupations concernant une politique nationale sur les RHS. Comme l'a dit un participant : « On a assez parlé, c'est le temps d'agir! »
5. Il faut s'assurer de maintenir des effectifs adéquats pour que les infirmières puissent prodiguer aux patients des soins de qualité supérieure, en procédant de façon sécuritaire et pour elles et pour les patients. Les infirmières veulent être satisfaites de leur travail et veulent exercer leur profession d'une manière qui soit conforme aux objectifs et aux valeurs qui la définissent. Elles veulent aussi avoir le sentiment de pouvoir exercer une influence.



6. Il vaut la peine de souligner que, selon le contenu des rapports « tel que rapporté », la plupart des provinces et des territoires reconnaissent les bienfaits d'une collaboration et d'une coopération nationales pour gérer les questions liées aux RHS. Parmi les exemples de mesures collaboratives entre les provinces et les territoires figurent notamment l'élaboration de normes nationales sur l'éducation et l'immatriculation des infirmières, la normalisation de la réglementation et de l'immatriculation des infirmières formées à l'étranger, la mise en place de solutions pour faciliter l'échange de renseignements entre les provinces et les territoires, et le partage des « meilleures pratiques ».
7. On reconnaît de plus en plus que la capacité des provinces et des territoires de donner suite aux recommandations issues de la Phase I dépend des niveaux de financement, du fait qu'ils ont ou pas accès à l'information et aux éléments factuels pertinents, des moyens dont ils disposent pour promouvoir la collaboration avec d'autres groupes professionnels de la santé, de l'efficacité des communications avec les organismes de réglementation, les gouvernements, les syndicats, les employeurs, les établissements d'enseignement, les associations professionnelles et la population en général par rapport aux problèmes que doivent surmonter les professions infirmières.
8. Les séances de consultation ont mis en lumière le fait que la santé et le bien-être des infirmières, plus particulièrement la santé physique des infirmières plus expérimentées et la santé mentale de leurs collègues plus jeunes, est un sujet de préoccupation commune.
9. Un des thèmes dominants qui est ressorti des consultations est la nécessité de créer et de multiplier les possibilités pour les infirmières de participer concrètement à la prise de décisions (ou d'informer les décideurs) aux différents niveaux des organisations de la santé (notamment au palier où sont élaborées les politiques provinciales et territoriales), surtout lorsque ces décisions touchent les infirmières et les soins dispensés aux patients. Il faut créer des ouvertures pour des postes de leadership de premier plan en soins infirmiers et ce, aux échelons provinciaux et territoriaux. Dans les provinces et les territoires où des postes de conseiller principal en soins infirmiers ou de chef des soins infirmiers (sinon des postes similaires) existent déjà, il y a lieu d'accroître la capacité de leurs titulaires de collaborer à la prise de décisions touchant les professions infirmières et les soins dispensés aux patients.
10. On reconnaît qu'un processus décisionnel valable devrait être fondé sur des faits probants. Toutefois, il arrive souvent que cette information soit n'existe pas, soit n'est pas facilement accessible. De plus amples recherches sont nécessaires dans plusieurs secteurs sous-jacents à la planification des RH infirmières, par exemple, en ce qui a trait à la mesure de la charge de travail dans différents contextes de soins, à la composition des effectifs jugée pertinente et à la gestion de la charge de travail. La coordination de la recherche réalisée par les provinces et les territoires aura pour effet de concerter les efforts investis afin de répondre aux préoccupations des intervenants du milieu des soins infirmiers à la grandeur du pays. On devrait



envisager de créer une entité nationale responsable du financement de la recherche en soins infirmiers. Il faut aussi accroître la capacité face à l'application des connaissances de sorte que les résultats des travaux de recherche en cours puissent servir à informer et évaluer l'élaboration des politiques.

11. Bien que partout au Canada on ressente les effets de la pénurie d'infirmières, certains secteurs et contextes cliniques doivent surmonter des défis particuliers par rapport à l'enseignement, au recrutement et au maintien en poste des effectifs qui composent les trois groupes professionnels infirmiers. C'est le cas notamment des régions rurales, septentrionales et éloignées et des contextes de pratique tels les domaines spécialisés en soins actifs, de longue durée et de santé communautaire.
12. La prestation de services de santé aux populations des Premières nations, inuits et métis et les engagements de services auprès de la population générale des régions nordiques et éloignées requièrent une attention particulière. Une approche globale au recrutement de jeunes membres des Premières nations et des communautés inuits et métis au sein de la profession infirmière s'impose. Il y a lieu également d'accorder une attention particulière à la formation des étudiants des Premières nations, inuits et métis, ce qui demande entre autres de tenir compte des spécificités culturelles et linguistiques, des stages cliniques, du fait qu'ils doivent se déplacer pour étudier et s'éloigner des communautés où ils résident, et du financement.
13. Il est nécessaire de créer des réseaux et des forums parmi les intervenants intéressés à l'échelle nationale de même qu'au sein des provinces et des territoires dans le but de favoriser une communication et un dialogue constructif sur les questions concernant la profession infirmière qui touchent toutes les régions au Canada.



3.0 Stratégies et possibilités pancanadiennes ou provinciales/territoriales

Dans la section qui suit, les recommandations issues du *Rapport final de la Phase I* servent de fondement à la présentation des stratégies et des possibilités pancanadiennes ou provinciales/territoriales mises de l'avant par les participants aux consultations. Nous avons tenté dans la plus grande mesure possible de produire un sommaire des stratégies importantes qui sont formulées dans chacun des rapports « tel que rapporté ». Précisons toutefois que sur certains sujets, toutes les provinces et tous les territoires ne s'entendent pas, ou n'ont pas exprimé de manière explicite ce qu'ils en pensaient durant les séances de consultation. Pour autant qu'il est possible, ce rapport résume les points de vue de la majorité.

À la lecture des rapports « tel que rapporté », il est manifeste que plusieurs initiatives en cours présentement et lancées dans le but de résoudre le problème de la pénurie d'infirmières et d'infirmiers sont, dans une certaine mesure, mal connues. La section qui suit rend compte fidèlement des stratégies et possibilités proposées par les participants, et inclut des renvois en bas de page pour signaler les travaux déjà en cours.

Recommandation 1 –Créer un approvisionnement stable d'infirmières.

Un certain nombre de stratégies et possibilités pancanadiennes ont été cernées pour ce qui concerne la création d'un approvisionnement stable d'infirmières, notamment celles-ci :

- Élargir le cadre de planification des RH infirmières de sorte à inclure d'autres professions de la santé, en d'autres mots, élaborer une stratégie intégrée en matière de ressources humaines en santé pour les professionnels de la santé.
- Créer un centre de documentation sur les « meilleures pratiques » entourant le recrutement et le maintien en poste ainsi que la formation des infirmières au Canada.
- Résoudre les problèmes liés à la santé et à la sécurité en milieu de travail et ceux relatifs aux environnements professionnels dans le but d'atténuer les effets du surmenage et de l'épuisement professionnel.
- Normaliser et rationaliser le processus entourant la réglementation et l'immatriculation des infirmières qui est en vigueur dans les provinces et les territoires au Canada dans le but de faciliter la mobilité de la main-d'oeuvre.³

En ce qui concerne les infirmières formées à l'étranger :

- Élaborer des normes nationales permettant d'évaluer les compétences des infirmières formées à l'étranger et prévoir des mesures de soutien pour faciliter leur intégration à la société canadienne.⁴

³ Dans la plupart des provinces et des territoires au Canada, il existe des accords de reconnaissance mutuelle qui facilitent la mobilité de la main-d'oeuvre.

⁴ Des initiatives ont cours présentement et ont été lancées dans l'objectif d'établir des normes à l'égard des diplômés étrangers; dans plusieurs provinces et territoires, des mesures de soutien ont été instaurées pour faciliter l'intégration de ces travailleurs à la société canadienne.



- Résoudre les problèmes liés à l’immigration des infirmières formées à l’étranger de manière à faciliter leur recrutement, ce qui inclut, par exemple, la planification de la transition, l’immatriculation, les normes en matière d’éducation, etc.⁵
- Collaborer avec Immigration Canada dans le but de cerner et de réduire les barrières à l’immigration des infirmières en même temps que d’établir des politiques interdisant le procédé contraire à l’éthique qu’est le « maraudage » d’infirmières dans les pays en développement.
- Harmoniser les exigences liées à l’immatriculation des diplômés nationaux et étrangers en soins infirmiers.

Recommandation 2 – Adopter une formule pancanadienne à l’égard de la formation infirmière en collaboration avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral afin de former un nombre suffisant de diplômés qualifiés pour répondre aux besoins de main-d’oeuvre.

En ce qui concerne l’élaboration d’une approche pancanadienne à l’enseignement en soins infirmiers, les stratégies et possibilités suivantes ont été proposées :

- Établir une stratégie nationale pour promouvoir le recrutement (et le soutien continu) d’étudiants des Premières nations et des collectivités inuits et métis au sein des professions infirmières.
- Élaborer des normes pancanadiennes conséquentes en matière d’éducation pour les trois groupes professionnels infirmiers.
- Étant donné que, selon les modèles de prévision, un grand nombre d’infirmières quitteront la profession dans les années à venir (ce qu’il faut attribuer à l’érosion naturelle des effectifs, aux départs à la retraite, etc.), il est nécessaire d’accorder un financement qui permette d’accroître l’approvisionnement d’infirmières et ce, en renforçant la capacité des programmes d’enseignement en soins infirmiers au Canada.
- L’offre d’un soutien financier aux étudiants en soins infirmiers – comme moyen de recrutement – est un thème commun aux provinces et aux territoires. Parmi les exemples cités et à considérer, mentionnons l’octroi d’un soutien financier sous forme de bourses d’études et de perfectionnement, d’incitatifs fiscaux pour les infirmières qui réintègrent la profession, et de programmes qui permettent d’alléger la dette scolaire des infirmières.

⁵ En 2005, un projet concernant les infirmières diplômées à l’étranger, financé par RHDSC, a été mis en oeuvre. Il donne un aperçu des politiques, pratiques et procédures qu’utilisent présentement les organismes provinciaux et territoriaux de réglementation des infirmières auxiliaires, des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières psychiatriques autorisées afin d’évaluer les compétences des infirmières diplômées à l’étranger (IDE) qui présentent une demande d’immatriculation au Canada. Ce projet met également en lumière les facteurs qui influent sur l’intégration des IDE à la main-d’oeuvre infirmière canadienne.



- Il existe un besoin réel de promouvoir et de procurer un soutien continu aux infirmières qui poursuivent des études de deuxième cycle au niveau de la maîtrise et du doctorat.
- Élaborer une stratégie à long terme pour former et recruter des enseignants en soins infirmiers.

Recommandation 3 – Mettre l’accent sur la collecte de données afin d’améliorer la planification des ressources humaines.

La planification des ressources humaines est fondée sur des données factuelles. À cet égard, plusieurs stratégies et possibilités pancanadiennes ont été cernées :

- Créer une base de données nationale sur les RH dans le secteur des soins infirmiers et faire en sorte que les provinces et les territoires puissent accéder à cette information pour faciliter la planification des RH infirmières.⁶
- Établir des critères normalisés aux fins de la collecte de données pour soutenir la planification des RH infirmières.⁷
- Établir des identificateurs uniques qui seront attribués aux étudiants en soins infirmiers et qu’ils conserveront après avoir obtenu leur immatriculation auprès des trois groupes professionnels infirmiers de sorte à assurer un suivi tout au long de leur formation et de leur carrière.

⁶ L’Institut canadien d’information sur la santé (ICIS) coordonne l’élaboration et la mise à jour d’une approche globale et intégrée à l’information sur la santé au Canada; il fournit de l’information et coordonne la production de données précises et opportunes nécessaires pour

- élaborer des politiques rationnelles en matière de santé,
- gérer de façon efficace le système de santé de la population canadienne, et
- sensibiliser la population aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

L’ICIS met à jour des bases de données nationales fondées sur l’approvisionnement pour le secteur des soins infirmiers, qui incluent entre autres de l’information sur les caractéristiques démographiques, de l’emploi et de la formation de la main-d’oeuvre infirmière – Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés (données colligées depuis 1980); Base de donnée sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (données colligées depuis 2002); Base de données sur les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (données colligées depuis 2002). L’ICIS développe et améliore ces bases de données. L’Institut concentre présentement son travail sur la main-d’oeuvre infirmière du secteur de la santé publique et du domaine de la télésanté et sur les infirmières et infirmiers praticiens.

⁷ L’Institut canadien de l’information sur la santé coordonne et met en valeur l’élaboration et la préservation de normes nationales en matière d’information sur la santé aux fins de la collecte, du traitement et du partage de l’information sur la santé. Le *Guide d’élaboration de fichiers de données pour appuyer la gestion des ressources humaines de la santé au Canada* (Tomblin-Murphy, O’Brien-Pallas, ICIS, février 2005) résulte d’une approche consultative et a été conçu pour aider les personnes et les organisations, partout au pays, qui entreprennent de développer ou d’améliorer des systèmes d’information pour appuyer la gestion des ressources humaines de la santé.



- Établir une corrélation entre les données issues de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers et les statistiques démographiques, le Registre des cancers et d'autres registres de sorte à assurer un suivi de ce groupe de la population au fil des années.
- Valider les cadres de travail et les outils existants et en développer de nouveaux qui facilitent l'application d'approches à la planification des fondées sur les besoins.⁸
- Concevoir une formule d'intervention rapide pour ce qui est d'évaluer les questions courantes et prioritaires qui nécessitent l'opinion d'experts et une synthèse de l'information obtenue.
- Coordonner les activités des unités de recherche en soins infirmiers de manière à partager les résultats et à établir des programmes de recherche commune.

Recommandation 4 – Utiliser un cadre de planification des ressources humaines de la santé fondé sur les besoins de la population dans le but de planifier les ressources humaines infirmières.

Il est reconnu que les ressources humaines infirmières devraient correspondre étroitement aux besoins de la population en matière de santé. À cet égard, les stratégies et possibilités pancanadiennes suivantes ont été cernées :

- Il est nécessaire de développer des systèmes d'information pour faciliter la collecte de données uniformisées sur la santé de la population.
- Il faut s'assurer que les bases de données sur les RH dans le secteur des soins infirmiers et celles sur la santé de la population puissent être reliées aux fins de la planification des ressources.
- Il faut être davantage en mesure d'utiliser les données sur la santé de la population comme ressource aux fins de la planification des RH dans le secteur des soins infirmiers.

⁸ L'Association des infirmières et infirmiers du Canada a développé, par l'entremise de l'Initiative canadienne pour les infirmières et infirmiers praticiens, un modèle de simulation de la planification des RH fondée sur les besoins pour les infirmières et infirmiers praticiens en soins de santé primaires.



Recommandation 5 – Faire appel à des pratiques fondées sur des résultats probants pour prendre des décisions de dotation éclairées, y compris celles liées au recrutement et au maintien en emploi.

En ce qui concerne le recours aux pratiques fondées sur des résultats probants pour informer les décisions de dotation, les stratégies et possibilités pancanadiennes suivantes ont été cernées :

- Procurer les ressources nécessaires à la conception d’outils qui permettront d’évaluer avec précision les charges de travail des infirmières dans différents contextes professionnels.
- Envisager l’élaboration de normes applicables à la réglementation de la composition des effectifs infirmiers, de la charge de travail de la main-d’oeuvre infirmière et du nombre maximum d’heures de travail permis dans différents contextes de pratique.
- Envisager l’élaboration de politiques qui permettront aux infirmières expérimentées de jouer le rôle de mentore/d’experte-conseil auprès de collègues moins expérimentés dans différents contextes cliniques.⁹
- Encourager les associations professionnelles, les organismes de réglementation, les syndicats et les employeurs ou regroupements d’employeurs du secteur des soins infirmiers à adopter des énoncés de position sur les effets de la composition des effectifs infirmiers, des ratios de dotation, du niveau d’éducation et de la gestion de la charge de travail sur les résultats pour le patient, le personnel infirmier et le système de santé.

En ce qui concerne le recours à des pratiques fondées sur les faits probants pour informer les stratégies de recrutement et de maintien en poste, la stratégie/possibilité suivante a été cernée :

- Développer une infrastructure propice à la collecte et à la diffusion de renseignements sur les « meilleures pratiques » relatives au recrutement et au maintien en poste des infirmières.

⁹ Deux questions distinctes entrent ici en ligne de compte : conserver en poste les infirmières expérimentées et rémunérer comme il se doit les infirmières expérimentées qui jouent le rôle de mentore. Par exemple, la plupart de celles qui assument une telle fonction ne reçoivent aucune indemnité financière, ni ne bénéficient d’un allègement de leur charge de travail de sorte qu’elles puissent disposer d’un peu plus de temps pour offrir ce service aux autres infirmières. Dans la plupart des provinces et territoires, il n’existe aucun programme structuré de mentorat ou de lignes directrices à cet égard. L’Association des infirmières et infirmiers du Canada a publié un guide sur le mentorat intitulé Atteindre l’excellence dans l’exercice de la profession : Guide sur le préceptorat et le mentorat.



Recommandation 6 – Mettre en oeuvre des mécanismes efficaces et efficaces pour régler les problèmes liés à la charge de travail et améliorer les résultats pour le patient, le personnel infirmier et le système de soins de santé.

Les stratégies et possibilités proposées pour résoudre les problèmes liés à la charge de travail et améliorer les résultats pour le patient, le personnel infirmier et le système sont variées et incluent les suivantes :

- Il faut développer des outils concrets permettant d'évaluer les charges de travail des infirmières dans divers contextes cliniques. Il faudrait approfondir les questions de compétence collective et d'uniformisation des ratios de dotation (et les modèles de rémunération) dans l'optique de faciliter la gestion de la charge de travail.¹⁰
- Produire une synthèse des « meilleures pratiques » entourant l'utilisation de la technologie, les modes de dotation, la mesure et la gestion de la charge de travail pour les infirmières en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience de ces effectifs.
- Créer une stratégie pancanadienne coordonnée pour informer les gestionnaires du système de santé et les décideurs sur la corrélation entre la charge de travail et la qualité des soins dispensés au patient et la santé des infirmières.
- Les infirmières gestionnaires principales devraient jouer des rôles importants sur le plan du leadership et de la détermination de la politique au sein des administrations gouvernementales et des offices régionaux de la santé.
- Les résultats des consultations mettent en lumière le sentiment de frustration que ressentent les infirmières par rapport au nombre insuffisant de postes financés pour les nouveaux diplômés, bien que les infirmières occupant déjà des postes à temps plein fassent un nombre considérable d'heures supplémentaires obligatoires.

¹⁰ Les associations professionnelles nationales d'IA, d'IAA et d'IPA ont conçu et produit un cadre d'évaluation de la compétence collective (*Evaluation Framework to Determine the Impact of Nursing Staff Mix Decisions*) afin de d'établir les répercussions qu'ont les décisions liées au ratio des employés.



Recommandation 7 – Créer des milieux de travail qui maximisent les résultats pour le patient, le personnel infirmier et le système.

Les participants aux consultations ont largement reconnu que l’environnement professionnel joue un rôle important dans la santé et le bien-être des infirmières et qu’en revanche, la santé et le bien-être des effectifs ont des incidences sur la prestation de soins sécuritaires et de qualité aux patients. À cet égard, plusieurs stratégies et possibilités pancanadiennes ont été cernées :

- Dresser une liste des « meilleures pratiques » qui prévoient des stratégies efficaces en milieu de travail, plus précisément des stratégies aptes à créer des environnements professionnels efficaces et à maximiser les résultats pour le personnel infirmier et le système.¹¹
- Évaluer et mettre en oeuvre des stratégies qui prévoient l’utilisation de diverses formes de technologie pour améliorer la qualité des milieux de travail des infirmières partout au Canada.
- Entreprendre une recherche dans le but d’évaluer les innovations et les pratiques exemplaires mises en oeuvre sur les lieux du travail dans les autres provinces et territoires au Canada de même qu’à l’étranger.
- Mettre l’accent sur le perfectionnement des compétences en leadership des infirmières et planifier la relève aux postes de direction dans le domaine des soins infirmiers.¹²

Recommandation 8 – Améliorer et assurer la santé et la sécurité des infirmières.

La mise en oeuvre de politiques garantes de la santé et de la sécurité des infirmières est essentielle à la préservation d’une main-d’oeuvre stable et productive. Parmi les stratégies et possibilités pancanadiennes proposées en vue d’améliorer et d’assurer la santé et la sécurité des infirmières figurent celles-ci :

- Inclure les éléments que sont la santé et la sécurité au travail pour les infirmières aux normes d’agrément du Conseil canadien d’agrément des services de santé.¹³
- Colliger et évaluer les « meilleures pratiques » mises en oeuvre au Canada en vue de faire connaître les stratégies contribuant à améliorer la santé et la sécurité des infirmières, à limiter le nombre d’heures supplémentaires et le nombre d’heures travaillées, et à améliorer le soutien offert aux infirmières qui travaillent dans régions éloignées.

¹¹ L’association des infirmières et infirmiers autorisés de l’Ontario a publié un document intitulé *Healthy Work Environments Best Practice Guidelines* (Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en matière de milieu de travail sain) à l’intention des effectifs infirmiers.

¹² Plus d’un programme de perfectionnement des compétences en leadership est offert au personnel infirmier et aux professionnels de la santé au Canada, notamment par l’Institut Dorothy Wylie et le Saskatchewan Institute of Health Leadership, sans compter les divers programmes de formation continue.

¹³ Le Conseil canadien d’agrément des services de santé a intégré la dimension de la vie professionnelle à ses normes et programmes d’agrément et en a fait un élément clé.



- La violence en milieu de travail est une préoccupation constante pour les infirmières dans la plupart des contextes de pratique, plus particulièrement dans les régions septentrionales et éloignées, le milieu des soins de longue durée et de santé mentale. Des projets de recherche sur les causes de ce problème, la gestion du risque et les stratégies de prévention et d'intervention doivent être réalisés, et il y a lieu également d'élaborer des stratégies sur la réduction du risque pour trouver des solutions aux problèmes de sécurité et de violence en milieu de travail.
- Il faut renseigner les employeurs, les responsables de l'application de la loi et les intervenants du système judiciaire sur le sérieux des actes de violence commis contre les infirmières en milieu de travail. Des partenariats fondés sur la collaboration doivent être créés pour que de tels incidents ne se produisent plus.

Recommandation 9 – Concevoir des approches innovatrices qui permettront d'élargir l'expérience clinique dans l'enseignement des sciences infirmières.

Les résultats des consultations auprès du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires révèlent que plusieurs pratiques innovatrices sont présentement utilisées au Canada. Il existe toutefois de plus amples possibilités d'élargir les expériences cliniques pour répondre aux besoins des infirmières en matière d'enseignement. Parmi les stratégies et possibilités pancanadiennes potentielles proposées à cet égard, mentionnons celles-ci :

- Répertorier les pratiques qui sont utilisées présentement au Canada et à l'étranger pour élargir l'expérience clinique dans l'enseignement des sciences infirmières.
- Explorer le plein potentiel de la technologie dans l'objectif d'accroître les possibilités d'apprentissage pour les infirmières au Canada, que ce soit au moyen de l'apprentissage en ligne, de la télésanté ou des laboratoires de simulation. Ces possibilités devraient être offertes à l'échelle nationale. L'Ontario, par exemple, a fait récemment l'acquisition d'un équipement de laboratoire de simulation qui est utilisé à la grandeur de la province; ce type de service pourrait tout aussi bien servir à l'échelle pancanadienne.
- Créer des possibilités innovatrices en vue d'intégrer des stages pour étudiants dans tous les secteurs (y compris au sein des ministères qui embauchent des infirmières), accroître les expériences d'apprentissage simulé, financer l'acquisition d'une expérience clinique dans divers secteurs géographiques, entre autres dans les régions rurales et éloignées.
- Étudier la création de possibilités d'apprentissage clinique à l'échelle pancanadienne.
- Créer des occasions pour les étudiants des Premières nations et des collectivités inuits et métis de faire des stages cliniques dans des milieux appropriés sur le plan culturel.



- Les expériences cliniques des étudiants doivent être élargies pour ce qui concerne divers contextes de soins, notamment les régions rurales, septentrionales et éloignées, les soins de longue durée, les soins communautaires et la santé publique de même que les soins de courte durée offerts en établissement.
- Il faut reconnaître le rôle joué par les précepteurs et les mentors dans le cadre de la formation clinique et rémunérer ces personnes en conséquence.
- Il est nécessaire de procurer un financement adéquat – y compris une aide financière et de voyage aux infirmières des régions rurales et éloignées – pour favoriser la formation clinique et professionnelle continue des membres des trois groupes professionnels infirmiers.
- Une attention particulière doit être accordée aux étudiants francophones (et aux étudiants d'autres groupes culturels) pour s'assurer qu'ils bénéficient de possibilités d'apprentissage adéquates.

Recommandation 10 – Maximiser la capacité des infirmières d'exercer leur profession dans toute l'étendue de la pratique.

Les consultations fédérales, provinciales et territoriales ont mis en lumière la nécessité d'assurer que les politiques aident les membres des trois groupes professionnels infirmiers à travailler dans toute l'étendue de leur pratique. À cet égard, les stratégies et possibilités pancanadiennes suivantes ont été proposées :

- Il faut améliorer la communication et faciliter le dialogue entre les trois groupes professionnels infirmiers et les autres professionnels de la santé.
- Il faut réaliser et soutenir de plus amples projets de recherche qui renforcent la capacité des infirmières de travailler dans toute l'étendue de leur pratique. Il est également nécessaire de diffuser les résultats de la recherche existante.
- Les organisations doivent s'assurer que la politique qu'elles privilégient a pour effet d'éliminer l'attribution de tâches non liées aux soins infirmiers.
- Il faut s'éloigner du discours axé sur l'« étendue de la pratique » et s'efforcer plutôt d'élaborer une politique de gestion qui aide les infirmières à travailler à leur niveau de compétences dans divers contextes cliniques.



4.0 Innovations inhérentes aux stratégies fédérales/provinciales/territoriales en matière de ressources humaines dans le domaine des soins infirmiers

Les initiatives stratégiques conçues par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en vue d'atténuer les effets de la pénurie de ressources infirmières sont dans plusieurs cas antérieures à l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers. En fait, c'est à la suite des inquiétudes exprimées par les provinces et les territoires (gouvernement, associations professionnelles, employeurs, syndicats, etc.) et par les intervenants du secteur des soins infirmiers qu'est née l'Étude sectorielle.

Les intervenants du milieu des soins infirmiers aux paliers fédéral, provinciaux et territoriaux continuent d'élaborer des stratégies innovatrices et de renforcer la capacité de résoudre les problèmes à court et long terme auxquels font face les groupes professionnels infirmiers en particulier, et le système de soins de santé en général. Ces stratégies, dans l'ensemble, s'harmonisent étroitement aux stratégies et aux recommandations proposées dans le *Rapport final de la Phase I*. Ainsi, des initiatives fédérales, provinciales et territoriales ont été conçues pour trouver une solution aux questions prioritaires soulevées par chacune des provinces et chacun des territoires. Les stratégies en sont à diverses étapes des processus de mise en oeuvre et d'évaluation.

Vous trouverez une liste de certaines initiatives fédérales, provinciales et territoriales dans le *Recueil des innovations*.¹⁴

¹⁴ Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers. (2006). *Programme de la conférence et Recueil des innovations*. Ottawa : auteurs. pp. 14-37.



5.0 Analyse des lacunes, des sujets préoccupants et des points forts

Un certain nombre de secteurs préoccupants et de lacunes (relativement à la politique, aux connaissances et aux ressources) ont été recensés durant les séances de consultation. Voici quelques exemples :

- Les décideurs et les responsables de l'élaboration des politiques au sein des organisations de la santé et des instances gouvernementales (en fait, à tous les paliers du système de soins de santé) ont une connaissance insuffisante des problèmes auxquels fait face et devra surmonter les professions infirmières, et il faut corriger cette situation.
- Le manque de financement et de ressources humaines qui empêche de donner suite aux préoccupations soulevées relativement à la planification des RH dans le milieu des soins infirmiers est un problème persistant.
- Des sommes supplémentaires doivent être injectées pour financer l'éducation des étudiants en soins infirmiers (sous forme de bourses et de fonds pour renforcer la capacité des écoles offrant des programmes de soins infirmiers).
- Un financement additionnel doit être accordé pour promouvoir des politiques qui sont favorables à l'amélioration de la santé (tant physique que mentale) et du bien-être des infirmières en exercice.
- Il manque de données opportunes, pertinentes et précises sur les soins infirmiers pour pouvoir planifier les RH dans l'immédiat et à long terme.
- Il est reconnu qu'au Canada, les leaders du milieu des soins infirmiers vieillissent et qu'il faut planifier concrètement la relève. L'imminente pénurie d'infirmières ne s'est pas encore pleinement réalisée et il est conséquemment impératif de prendre maintenant des mesures.

Les commentaires exprimés dans le cadre des séances de consultation ne portent pas tous sur des lacunes ou des points soulevant des inquiétudes. Les discussions ont donné fortement l'impression que les infirmières étaient déterminées à régler les problèmes auxquels sont confrontées leurs professions et qu'elles ont la capacité interne requise pour le faire. Il existe manifestement une volonté de collaboration pour régler les problèmes immédiats et à long terme au moyen d'approches créatives.

On a fait remarquer que les éléments essentiels à l'élaboration de stratégies pancanadiennes en vue de résoudre les problèmes auxquels font face présentement les professions, et à la mise en oeuvre des recommandations énoncées dans le *Rapport final de la Phase I* étaient en place. De plus, de solides relations ont été établies dans le milieu des soins infirmiers, entre et parmi les universitaires, les infirmières cliniciennes et les leaders de la profession, et servent de fondement aux stratégies nouvelles et innovatrices qui permettront de corriger les lacunes observées et de répondre aux préoccupations soulevées.

Plusieurs initiatives tant créatives qu'innovatrices sont en cours présentement dans de nombreuses régions du pays pour donner suite à diverses préoccupations entourant les soins infirmiers. Bien que les stratégies et initiatives fédérales, provinciales et territoriales existantes soient loin de constituer une solution idéale, il n'existe pas moins une ferme volonté de travailler ensemble et avec d'autres intervenants pour améliorer



sans cesse le processus de planification des RH. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont leur propre modèle de planification des RH dans le secteur des soins infirmiers, et il est possible d'améliorer constamment ces processus.

Il convient aussi de signaler que le processus consultatif auprès du gouvernement fédéral, des provinces et des territoires s'est avéré un précieux outil pour communiquer les idées et les inquiétudes mises de l'avant, pour promouvoir le dialogue, aider les intervenants concernés à mieux comprendre les problèmes liés aux ressources humaines infirmières et obtenir de leur part un engagement envers l'application et la diffusion des connaissances à ce chapitre.



6.0 Stratégies pancanadiennes prioritaires

La conférence sur invitation a réuni les principaux intervenants du secteur des soins infirmiers au pays dans le but qu'ils identifient les secteurs clés où des progrès doivent être réalisés et définissent ainsi un cadre d'action commun. De nombreuses idées innovatrices ont été mises de l'avant dans les recherches réalisées au cours de la Phase I ainsi que durant les consultations régionales et territoriales, cependant, toutes ces stratégies ou possibilités ne peuvent être appliquées ou explorées en même temps. Cela dit, il était nécessaire d'obtenir un consensus sur les secteurs clés où il faut aller de l'avant. Au cours de la conférence, les participants ont formé de petits groupes et discuté des principales stratégies énoncées à la section 3.0 de ce rapport. On a demandé à chaque groupe d'identifier les cinq stratégies pancanadiennes qu'ils jugeaient prioritaires, d'établir un calendrier en vue de leur mise en oeuvre et une approche à cette mise en oeuvre, et de préciser quelles organisations devaient assumer la direction de ces initiatives. Chaque groupe a remis une fiche de travail contenant les réponses à ces questions aux organisateurs de la conférence, qui ont ensuite dressé la liste des stratégies les plus souvent citées par les participants après avoir compilé les renseignements fournis. Les six stratégies principales qui ont été retenues sont énoncées dans les paragraphes qui suivent, sans ordre particulier.

Les discussions, dans une large mesure, ont permis de dégager un consensus sur les stratégies, par contre, les questions concernant leur mise en oeuvre ont suscité des opinions plus partagées. Certains des groupes n'ont pas établi de plans à cet égard, alors que d'autres ont dressé la liste de différentes organisations directrices et collaboratrices. Sous chacune des stratégies clés énoncées ci-dessous, nous avons fait un survol des points qui ont fait l'unanimité par rapport aux plans de mise en oeuvre.

1. Il faut s'éloigner du discours axé sur l'« étendue de la pratique » et s'efforcer plutôt d'élaborer une politique de gestion qui aide les infirmières à travailler à leur niveau de compétences dans divers contextes clinique. (Rapport final de la Phase I, recommandation 10, point 4)

Cinq des 23 groupes ont choisi cette stratégie parmi les cinq jugées prioritaires. Tous ces groupes, sauf un, étaient d'avis que les associations professionnelles devaient collaborer à la mise en oeuvre de la stratégie, que ce soit en assumant la direction des opérations ou en accordant leur appui. De plus, tous les groupes ont établi un calendrier de mise en oeuvre échelonné sur un à trois ans. Tous étaient d'accord pour dire que la question devait être réglée à court terme. On a suggéré que l'approche fondée sur l'équipe interdisciplinaire à l'intérieur d'une culture de confiance devrait permettre de promouvoir cette stratégie. On a également suggéré – et assigné cet objectif à la stratégie – que 80 % des infirmières devaient pouvoir exercer leur profession dans la pleine mesure de leurs compétences d'ici 2012.

2. Il faut élargir le cadre de planification des RH infirmières de sorte à inclure d'autres professions de la santé, en d'autres mots, élaborer une stratégie intégrée en matière de ressources humaines en santé pour les professionnels de la santé. (Rapport final de la Phase I, recommandation 1, point 1)

Neuf des 23 groupes ont considéré cette stratégie prioritaire. La majorité des groupes qui ont fait ce choix était d'avis qu'il appartient au gouvernement fédéral de prendre les devants – certains ont attribué cette responsabilité à Santé Canada ou au Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH). En termes d'organismes de soutien, plusieurs ont mentionné les associations



professionnelles, les syndicats, les employeurs et les enseignants du secteur des soins infirmiers et les ministères de la Santé des provinces et des territoires. On s'est entendu pour dire qu'il fallait passer à l'action immédiatement et avoir mis la stratégie en oeuvre d'ici deux ans tout au plus. Les participants étaient d'avis que la création d'un comité national ou d'une direction nationale, sous une forme ou une autre, chargé(e) de la planification des RHS serait la façon la plus efficace de procéder pour mettre en oeuvre la stratégie. Les participants avaient entre autres exigences que l'approche choisie soit fondée sur les faits, centrée sur le patient et prévoit l'inclusion d'autres groupes professionnels de la santé.

3. Étant donné que, selon les modèles de prévision, un grand nombre d'infirmières quitteront la profession dans les années à venir (ce qu'il faut attribuer à l'érosion naturelle des effectifs, aux départs à la retraite, etc.), il est nécessaire d'accorder un financement qui permette d'accroître l'approvisionnement d'infirmières et ce, en renforçant la capacité des programmes d'enseignement en soins infirmiers au Canada. (Rapport final de la Phase I, recommandation 2, point 3)

Sur les 23 groupes, 11 étaient d'avis qu'il fallait accorder la priorité à cette question dans le contexte de la planification des RH infirmières. La plupart des groupes estimaient que les enseignants dans le secteur des soins infirmiers et les gouvernements devraient concerter leurs efforts pour garantir la mise en oeuvre fructueuse de cette stratégie. Nombre de participants ont vu là une occasion pour l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACÉSI) de jouer un rôle important. Selon six des sept groupes qui ont étudié la question de l'échéancier, la stratégie devrait être mise en oeuvre à court terme, alors que de l'avis du septième groupe, il s'agissait davantage d'une stratégie à moyen terme. On est arrivé à un accord limité quant à la méthodologie de mise en oeuvre.

4. Dresser une liste des « meilleures pratiques » qui prévoient des stratégies efficaces en milieu de travail, plus précisément des stratégies aptes à créer des environnements professionnels efficaces et à maximiser les résultats pour le personnel infirmier et le système. (Rapport final de la Phase I, recommandation 7, point 1)

Six groupes ont attribué une valeur prioritaire à cette stratégie. Sur les six groupes, trois seulement ont discuté de la question de savoir quelle organisation devrait prendre la tête des opérations. Deux groupes étaient d'avis que cette responsabilité devrait être confiée à une organisation nationale de quelque sorte, tandis que le troisième s'est tourné vers les établissements de réglementation et les groupes tels les syndicats et les employeurs. De même, on est arrivé à un accord limité quant au calendrier de mise en oeuvre. Sur les trois groupes qui en ont discuté, un était d'avis qu'il fallait passer à l'action immédiatement, un croyait qu'une échéance de deux ans plus appropriée, le troisième, qu'il s'agissait plutôt d'une stratégie à moyen terme. Les participants n'ont pas pu s'entendre clairement sur l'approche à la mise en oeuvre de cette stratégie.

5. Créer une stratégie pancanadienne coordonnée pour informer les gestionnaires du système de santé et les décideurs sur la corrélation entre la charge de travail et la qualité des soins dispensés au patient et la santé des infirmières. (Rapport final de la Phase I, recommandation 6, point 3)



Neuf groupes se sont entendus pour dire que cette stratégie devrait figurer à la liste des grandes priorités. Sur ces groupes, cinq étaient d'avis que le gouvernement fédéral, sous une forme ou une autre (Santé Canada ou RHDSC) devrait prendre la tête des opérations. Deux autres favorisaient plutôt à cet égard les organisations vouées à la collecte de données, notamment l'ICIS, alors que les deux derniers groupes ont proposé des solutions différentes, l'un voulant que cette responsabilité soit confiée aux offices régionaux de la santé, l'autre favorisant plutôt les trois groupes professionnels réglementés du secteur des soins infirmiers. Pour ce qui concerne les organismes de soutien, trois groupes étaient d'avis que les syndicats et les associations professionnelles pourraient jouer un rôle dans la mise en oeuvre de la stratégie. Sur les neuf groupes, cinq ont privilégié une mise en oeuvre à court terme.

6. Faire face aux problèmes liés à la santé et à la sécurité en milieu de travail et ceux relatifs aux environnements professionnels dans le but d'atténuer les effets du surmenage et de l'épuisement professionnel. (Rapport final de la Phase I, recommandation 1, point 3)

Sur les 23 groupes qui ont été formés, cinq ont inscrit cette stratégie à leur liste des cinq stratégies prioritaires. Trois considéraient que le mieux serait de confier la responsabilité de cette initiative à une entité nationale. En termes d'organismes de soutien, deux groupes étaient d'avis que les organismes de réglementation devraient intervenir, alors que deux autres ont mentionné plutôt les syndicats. On a suggéré de mettre en oeuvre cette stratégie sur deux ans. Aucune entente n'a pu être conclue quant à l'approche à retenir en matière de mise en oeuvre.



7.0 Contexte pancanadien des ressources humaines en santé

Ce rapport marque le point culminant des Phases I et II de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers. Si l'étude a permis de recueillir une mine d'information sur les RH dans le secteur des soins infirmiers, le travail ne s'est pas fait en vase clos. D'autres professions de la santé de même que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont réalisé des projets conçus pour régler les problèmes liés aux RHS. Cette section brosse un tableau de deux de ces projets (le CCPSSRH et le Groupe de travail Deux) et explique les liens existant entre les trois processus mis de l'avant dans le dossier des RHS.

CCPSSRH

Trois initiatives clés ont été mises en oeuvre en vertu de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé : la planification des ressources humaines en santé, le recrutement et le maintien en poste, et la formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient. Les projets lancés sous chacune de ces initiatives se poursuivent à l'échelle fédérale, comme dans les provinces et les territoires. La Stratégie relative aux RHS (2006-2010) est maintenant envisagée sous l'angle des leçons apprises durant la phase initiale.

De plus, la Conférence des sous-ministres de la Santé a chargé le CCPSSRH fédéral-provincial-territorial d'élaborer un *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne* en 2004-2005. Le CCPSSRH a ensuite demandé au Sous-comité de la planification des RHS de préparer ce document, lequel a été approuvé par la Conférence des sous-ministres de la Santé, puis par les ministres fédéral/provinciaux/territoriaux de la Santé, les 22 et 23 octobre 2005. Le document soutient l'idée qu'il faut favoriser une approche collaborative à la planification des RHS et fournit un plan d'action afin d'aider les planificateurs et les autres intervenants du secteur de la santé à créer une main-d'oeuvre plus stable et plus efficace.

Dans toutes les provinces et les territoires, les buts du *Cadre de planification* à l'échelle pancanadienne sont d'améliorer la capacité : 1) de planifier et d'optimiser le niveau des effectifs, la répartition des disciplines et la distribution géographique des prestataires de soins en fonction du système et des modèles de prestation choisis et des besoins de la population; 2) de mettre en place, en collaboration étroite avec les employeurs et le système éducatif, un corps professionnel doté des compétences théoriques et pratiques requises pour fournir des services de santé sécuritaires et de haute qualité en s'adaptant à des contextes novateurs de manière à répondre à l'évolution des systèmes de santé et des besoins de la population; 3) de se doter d'une gamme adéquate de professionnels de la santé et de les répartir selon des modèles qui mettent à contribution toutes leurs compétences; et 4) de recruter et de maintenir en poste un corps professionnel viable dans un contexte de travail sain et sécuritaire.

Ce cadre est aligné sur une approche à la planification des RHS fondée sur les besoins, et met l'accent sur la nécessité pour les gouvernements et les autres intervenants du secteur de concerter leurs efforts afin de réaliser les objectifs établis et d'éviter le dédoublement des activités et des investissements.



Guidés par ce cadre, les provinces et les territoires poursuivront l'élaboration et la mise en oeuvre de leurs propres politiques, plans et modèles de prestation des services en matière de RHS. On s'attend à ce qu'un tel cadre de planification pancanadienne contribue à réduire les chevauchements et les ressources nécessaires pour planifier les RHS au sein de chacune des provinces et chacun des territoires, à renforcer la capacité d'influer sur les déterminants du système des soins de santé, à réduire la concurrence que se livrent les provinces et les territoires pour obtenir leur part des RHS limitées, à favoriser la mobilité des effectifs du secteur de la santé, et à éviter les situations de pénurie ou de surplus de main-d'oeuvre. Le cadre de planification pancanadienne reconnaît que la planification des RHS s'effectue dans le contexte d'un système et dépend de l'agencement de ce système ainsi que des modèles de prestation en usage qui, à leur tour, dépendent des besoins de la population en matière de santé.

Groupe de travail Deux

Le Groupe de travail Deux a été formé en 2001 et son travail coopératif devait permettre de créer un partenariat des principales organisations de santé au pays, du gouvernement du Canada, des gouvernements des provinces et des territoires, des représentants du public et d'autres professions de la santé au Canada. Leur objectif : entreprendre une étude approfondie du marché du travail pour les médecins, et proposer des options devant mener au développement d'une stratégie à long terme en matière de ressources humaines pour les médecins qui tienne compte des réalités des provinces et des territoires au Canada. Le rapport final publié récemment¹⁵ énonce les stratégies à long terme dans cinq domaines clés relatifs aux effectifs médicaux au Canada : éducation et formation, interprofessionnalisme, recrutement et maintien en poste, obtention de la licence, questions de réglementation et responsabilité, infrastructure et technologie. Des orientations stratégiques et des stratégies relatives à ces cinq aspects fondamentaux sont proposées dans le rapport.

Le rapport final du Groupe de travail Deux souligne l'importance cruciale d'améliorer la capacité de notre système de santé de s'adapter au changement. Il souligne également la nécessité d'adapter les approches auxquelles nous avons recours pour planifier les effectifs médicaux et les autres ressources humaines de la santé, et le fait que le système doit être souple pour pouvoir tenir compte de l'évolution des méthodes de prestation des services. Il souligne également la nécessité d'une approche pancanadienne à la planification continue des ressources humaines pour les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé, qui tienne compte des besoins changeants des Canadiens en matière de soins de santé.

¹⁵ Groupe de travail Deux : Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada. (2006). *Une stratégie en matière d'effectifs médicaux pour le Canada* : Rapport final. (2006). Ottawa : auteurs.



Principaux thèmes des trois rapports

D'après ces trois rapports (celui-ci et ceux du CCPSSRH et du Groupe de travail Deux), il demeure évident que les effectifs infirmiers, les médecins, le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces et des territoires se sont engagés à procurer des soins de santé de la meilleure qualité à la population canadienne. Dans le contexte de la pression croissante exercée sur les ressources en matière de soin de santé, d'une pandémie qui se profile à l'horizon et de l'évolution des méthodes de prestation des soins, il est primordial que les choses changent. L'Étude sectorielle sur les soins infirmiers et le Groupe de travail Deux suggèrent qu'il faut prendre des mesures pour régler les problèmes de pénurie d'infirmières et de médecins si nous voulons pouvoir répondre aux besoins en santé de la population.

Les rapports réitèrent l'importance pour les dirigeants de formuler une vision de l'avenir. On semble vouloir s'engager envers un processus de dialogue qui mènera à l'élaboration des meilleures approches à la formation de partenariats pour contribuer à l'avancement d'objectifs mutuels. Dans les rapports domine l'emphase mise sur les services de soins de santé, juxtaposée au concept voulant que les services de soins de santé regroupent la réserve de fournisseurs de soins de santé et les besoins de la population.

Une approche axée sur les compétences et la possibilité pour les fournisseurs de soins d'exercer dans toute l'étendue de leur champ de pratique sont des thèmes inhérents aux stratégies avancées dans les rapports. On semble prendre conscience du fait que les changements dans la façon d'offrir des services et les progrès de la technologie médicale signifient que la formation offerte aux fournisseurs de soins de santé et le rôle qu'ils assument sont en train de changer.

Deux autres thèmes sont également repris dans tous les rapports, soit les moyens à prendre pour procurer des milieux de travail sécuritaires et de qualité et les meilleures stratégies à mettre en oeuvre pour soutenir une approche à la prestation des soins centrée sur le travail d'équipe. Préparer les futurs travailleurs et travailleuses de la santé à travailler en équipes en vue de la prestation des services de santé est un continuuel défi, un défi dont les intervenants ont clairement fait une priorité.

Le travail en équipes est un thème qui transcende tous les rapports. Cependant, l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers n'a pas souligné l'approche fondée sur le travail d'équipe requise dans les contextes de l'éducation et de la prestation des soins de santé. Par ailleurs, de vastes efforts sont déployés pour renouveler le système de soins de santé canadien qui est un système financé par l'État, et l'une des caractéristiques fondamentales de ces efforts de renouveau est la réforme des soins de santé primaires (SSP) et la création d'équipes interprofessionnelles. Il est généralement admis, comme l'indiquent tous les rapports, que les soins intégrés fournis par les membres des diverses professions sont nécessaires pour composer avec l'évolution des méthodes de prestations des soins de santé et les besoins changeants en matière de santé de la population canadienne. Ces rapports insistent sur le fait que les étudiants et les fournisseurs de soins doivent être prêts à s'engager dans une pratique interprofessionnelle en collaboration, où tous les fournisseurs de soins de santé ont des rôles clairement définis et appréciés.



La planification fondée sur les besoins semble être au centre de chacun des rapports et des plans d'action. Pour être en mesure de relever les défis qui se posent, à court et à long terme, tous les intervenants (gouvernements, universitaires, organismes de réglementation, chercheurs, société civile, secteur privé, Premières nations, inuits et métis, organisations/associations professionnelles et médias) devraient collaborer à la planification des RHS fondée sur les besoins à l'échelle pancanadienne. Cependant, bien que l'approche mette l'accent sur une intervention à l'échelle pancanadienne, elle devra être mise en oeuvre dans chacune des provinces et des territoires, et dans les collectivités. La nécessité d'améliorer la qualité des données et de renforcer la capacité d'analyse en vue de planifier les RHS ne fait aucun doute.

Ce qui n'est pas clair, c'est la façon dont les besoins sont définis et seront mesurés. Qui dirigera la planification des ressources, quand et comment s'y prendra-t-on? Tous les rapports soulignent l'importance d'établir des programmes de recherche pour justement circonscrire des moyens de définir et de mesurer les besoins, et déterminer si les approches centrées sur le travail d'équipe sont favorables ou non pour les patients, le système et les fournisseurs de soins. Tous les rapports insistent sur la nécessité d'investir dans la collecte de données et la création d'outils pour améliorer la planification des RHS et la politique à cet égard.

La nécessité de désigner un mécanisme de planification nationale pour les RHS est un thème commun à tous les rapports. Les effectifs infirmiers et les médecins recommandent la mise en place d'une infrastructure dont la capacité d'analyse, le soutien de base et le modèle de gouvernance sont convenables pour coordonner une approche pancanadienne fondée sur les besoins à l'égard de la planification des ressources humaines en santé. La nécessité de mettre en oeuvre cette approche pancanadienne dans les provinces, les territoires et les collectivités est réitérée dans tous les rapports.

Ce qui n'est pas clair, ce sont les rapports entre ces groupes de fournisseurs de soins de santé, d'autres groupes de fournisseurs et le CCPSSRH dans ce mécanisme. Il faut discuter de cette notion avec les intervenants concernés pour déterminer lesquels l'appuient et de quelle façon concrétiser une vision commune.

La nécessité de prévoir et d'élaborer des mesures spéciales pour répondre aux besoins des groupes où les iniquités en matière de santé sont manifestes, comme dans le cas des Premières nations, des inuits et des métis, des gens vivant dans des collectivités rurales, éloignées, du Nord et isolées et les quartiers centraux de la ville, et là où l'on prévoit des pénuries en ce qui concerne les fournisseurs de soins de santé est un message que transmettent tous les rapports.

Un autre thème commun est la nécessité d'élaborer et d'investir dans des politiques qui 1) mettent l'accent sur les facteurs ayant une incidence sur le choix de pratique et les lieux de pratique médicale, 2) appuient les modèles de prestation de services qui reconnaissent la gamme complète des activités professionnelles, et 3) permettent d'attirer et de garder les fournisseurs de soins de santé.



La nécessité de concevoir des approches concertées au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé est considérée l'un des enjeux critiques entourant l'accès à des soins de santé de qualité au Canada. Un dialogue noué avec tous les intervenants devrait engendrer un plan d'action axé sur la collaboration entre les provinces et les territoires, et parmi les collectivités. Les grands thèmes abordés dans chacun des rapports se recoupent et portent notamment sur l'éducation et la formation, l'interprofessionnalisme, le recrutement et le maintien en poste, l'obtention de la licence, les questions de réglementation et de responsabilité, l'infrastructure et la technologie.



8.0 Prochaines étapes

Le présent rapport marque le point culminant de l'étude la plus complète jamais réalisée sur les ressources humaines infirmières au Canada. Nombre des stratégies mises de l'avant durant les séances de consultation reposent sur les dix recommandations formulées initialement et s'adressent essentiellement aux gouvernements des provinces et des territoires, aux employeurs, aux établissements d'enseignement, aux syndicats et aux groupes d'intervenants du secteur des soins infirmiers. À cet égard, nous avons déjà la preuve d'importantes innovations pour ce qui est du développement d'une stratégie en matière de RH infirmières. Le fait de traduire les résultats de la recherche en politiques et en pratiques joue un rôle important dans l'amélioration de l'efficacité du système de soins de santé au Canada.

Mais l'importante question demeure, à savoir : Quelles sont les prochaines étapes en vue de stabiliser la main-d'oeuvre infirmière et plus important encore, qui mettra en oeuvre les recommandations et les stratégies pancanadiennes issues de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers? La responsabilité d'appliquer les recommandations et d'élaborer des stratégies est une responsabilité partagée et nécessitera la collaboration d'une vaste gamme d'intervenants, dont les employeurs, les enseignants, les gouvernements, les syndicats, les organismes de réglementation, les associations professionnelles du secteur des soins infirmiers et les autres associations pour professionnels de la santé. De plus, les stratégies fédérales, provinciales et territoriales en matière de ressources humaines infirmières doivent être intégrées aux plus vastes programmes de planification des RHS. La coordination entre et parmi, par exemple, les responsables de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers, de l'étude sectorielle sur les effectifs médicaux, de l'étude sectorielle sur les soins à domicile, de l'étude sur le secteur pharmaceutique et d'autres initiatives entourant la planification des RHS est essentielle à la mise en valeur d'une stratégie intégrée pour les RHS au Canada.

Bien qu'à l'heure actuelle il n'existe aucune structure ou processus officiels permettant de donner suite aux stratégies pancanadiennes, le CCPSSRH s'est montré intéressé à poursuivre le dialogue avec les représentants des études sectorielles sur les soins infirmiers et les effectifs médicaux. Il est possible de continuer d'intégrer les connaissances acquises grâce aux diverses études sectorielles réalisées sur les RHS en réunissant les responsables de l'élaboration des politiques, les professionnels de la santé, les syndicats, les enseignants et les chercheurs dans le cadre de forums pertinents sur les politiques.

Malgré les progrès réalisés pour régler les problèmes entourant les ressources humaines dans le secteur des soins infirmiers, les plus grands défis sont à venir. Il importe que nous ne perdions pas l'élan issu de la Phase II. L'Étude sectorielle sur les soins infirmiers procure aux décideurs de solides fondations pour envisager l'avenir avec optimisme et espoir. L'innovation, née de la nécessité, nous servira de base pour surmonter les difficultés que devront affronter les professions infirmières au Canada dans les années à venir.



ANNEXE A CONSTRUIRE L'AVENIR : MEMBRES DU COMITÉ DIRECTEUR

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

Margaret Horn

Lisa Dutcher (Membre sortant)

Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines

Anita Ludlow

Lynn St. Pierre-Ellis

Barbara Oke (Membre sortant)

Anne Sutherland-Boal (Membre sortant)

Association des collèges communautaires du Canada

Louise Frederick

Regroupement canadien des associations de centres communautaires de santé

Rosemary White (Membre sortant)

Lorraine Melchoir (Membre sortant)

Association canadienne de soins et services communautaires

Dalyce Greenslade

Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Dr. Marianne Lamb

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

Debra McPherson

Linda Silas

Association canadienne des soins de santé

Dr. Della Faulker

Kathryn Tregunna (Membre sortant)

Institut canadien d'information sur la santé

Francine Anne Roy

Jill Strachan (Membre sortant)

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Lisa Little (Coprésidente)

Mary-Ellen Jeans (Coprésidente sortante, Membre sortant)

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada

Patricia Fredrickson

Verna Holgate (Coprésidente sortante, Membre sortant)



Syndicat canadien de la fonction publique

Stan Marshall

Santé Canada

Sandra MacDonald-Rencz (Bureau de la politique des soins infirmiers)

Susan Hicks (Bureau de la politique des soins infirmiers)

Pat L Cruickshank (Santé des Premières nations et des Inuits)

Fadi El-Jardali (Bureau de la politique des soins infirmiers) (Membre sortant)

Patricia Walsh (Bureau de la politique des soins infirmiers) (Membre sortant)

Société de l'étude sectorielle sur les soins à domicile

Nadine Henningsen

Ressources humaines et développement social

Heidi Bungay

Eva Amzallag (Membre sortant)

Paul Stoll (Membre sortant)

Phil Mickle (Membre sortant)

Éducatrice – Infirmières et infirmiers auxiliaires

Diane Shamray

Syndicat national des employées et employés généraux et du secteur public

Mike Luff

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

Gaétan Lévesque

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Marie Valois (Membre sortant)

Institut professionnel de la fonction publique du Canada

Marie Mertler

Lurette Babin (Membre sortant)

Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Annette Osted (Coprésidente)

Donna Higenbottam

Éducateur – Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Dr. Michel Tarko

John Crawford (Membre sortant; décédé)



Union internationale des employés et employées de service Canada

Kate Lawton (Membre sortant)

Groupe de travail Deux : Une stratégie de ressources humaines pour les médecins au Canada

Dr. Nick Busing

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

Dr. Susan Vandeveld-Coke

Comité de gestion

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

Debra McPherson

Linda Silas

Association canadienne des soins de santé

Sharon Sholzberg-Gray

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Lisa Little (Coprésidente)

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires du Canada

Verna Holgate (Coprésidente sortante, Membre sortant)

Syndicat canadien de la fonction publique

Stan Marshall

Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Annette Osted (Coprésidente)

Comité consultatif sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines

Anita Ludlow

Lynn St. Pierre-Ellis

Ressources humaines et Développement social Canada

Heidi Bungay

Santé Canada

Sandra MacDonald-Rencz



ANNEXE B PARTICIPANTS AUX CONSULTATIONS FÉDÉRALES/PROVINCIALES/TERRITORIALES

Alberta

Jeanne Besner

Région sanitaire de Calgary, Initiatives de recherche en soins infirmiers et en santé

Cathy Bilor

Clinical Nursing and Practice Leaders Network

Pat Fredrickson

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Alberta

Susan Hicks

Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada

Noreen Linton

Clinical Nursing and Practice Leaders Network

Sheila McKay

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Alberta

Carol Murray

Clinical Nursing and Practice Leaders Network

Annette Osted

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Roberta Parker

Ministère de la Santé de l'Alberta

Lynn Redfern

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Alberta

Tamara Richter

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Alberta

Sharlene Standing

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Alberta

Linda Stangor

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Alberta

Heather Young

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Colombie-Britannique

Lynette Best

Providence Health, Office régional de la santé de Vancouver Coastal

Ginger Brown

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Laurel Brunke

Association des infirmières et infirmiers autorisés de la Colombie-Britannique

Priya Chetty

Santé Canada

Diane Clements

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Kim Dougherty

Office régional de la santé de Fraser

Johanne Fort

Ministère de l'Éducation avancé de la Colombie-Britannique / Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique



Tom Fulton

Office régional de la santé de l'Intérieur de la Colombie-Britannique

Vivian Giglio

Services de santé de Abbotsford et Mission, Office régional de la santé de Fraser

Donna Higenbottam

Ordre des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés de la Colombie-Britannique

Karen Jewell

Association des employeurs en soins de santé de la Colombie-Britannique

Suzanne Johnston

Région du Nord-Ouest, Office régional de la santé du Nord

Janice Joyce

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de la Colombie-Britannique

Pat Kaspro

Health Care Leaders of British Columbia

Jacqollyne Keath

Ordre des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés de la Colombie-Britannique

Kane Kilbey

Office régional de la santé de l'Île de Vancouver

Lisa Little

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Gordon MacDonald

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de la Colombie-Britannique

Heather Mass

Children's & Women's Health Centre de la Colombie-Britannique, Régie des services provinciaux de la Santé

Amy McCutcheon

Office régional de la santé de Vancouver Coastal

Sherry Moller

Syndicat des infirmiers et des infirmières psychiatriques autorisés de la Colombie-Britannique

Mary-Jean Morrison

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Sylvia Neden

Hospital Employees Union

Annette Osted

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Pam Ratner

University of British Columbia

Sandra Regan

Association des infirmières et infirmiers autorisés de la Colombie-Britannique

Zuile Sachedina

Providence Health, Office régional de la santé de Vancouver Coastal

Carol Scobie

Écoles collégiales et universitaires des sciences infirmières, Collège Camosun

Pat Seminiuk

Office régional de la santé de la côte de Vancouver



Anne Shannon

British Columbia Nurses Union, Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers

Petra St.Pierre

British Columbia Nurses Union

Michel Tarko

Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Sally Thorne

School of Nursing, University of British Columbia

Cathy Ulrich

Office régional de la santé Northern

Evelyn Voyageur

Native and Inuit Nurses Association of British Columbia

Patricia Wejr

British Columbia Nurses Union

Fédéral

Deb Archibald

Bureau des services infirmiers, Santé Canada

Brenda Canitz

Bureau des services infirmiers, Santé Canada

Priya Chetty

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, région du Pacifique

Pat Cruickshank

Bureau des services infirmiers, Santé Canada

Joan Edwards

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, région de l'Ontario

Lelia Gillis

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, région de l'Atlantique

Susan Hicks

Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada

Lynda Kushnir-Perkul

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, région de la Saskatchewan

Lisa Little

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Josephine Muxlow

Infirmière clinicienne spécialiste

Barbara Oke

Bureau des services infirmiers, Santé Canada

Annette Osted

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Lucie Poliquin

Services correctionnels Canada

Chantal Renaud

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, région du Québec

Pamela Seitz

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, région du Manitoba

Heather Smith

Bureau des services infirmiers, Santé Canada



Charlotte Thompson

Bureau des services infirmiers, Santé Canada

Heather Young

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, région de l'Alberta

Manitoba**Liz Ambrose**

Politiques et planification des effectifs, Ministère de la Santé du Manitoba

Belinda Blanchard

Manitoba Council of Health Care Unions

Dr. Dean Care

University of Manitoba

Judy Coleman

Office régional de la santé de North Eastman

Jan Currie

Office régional de la santé de Winnipeg

Cheryl Cusack

Politiques et planification des effectifs, Ministère de la Santé du Manitoba

Donna Forbes

Sous-ministre adjointe, Ministère de la Santé du Manitoba

Terry Goertzen

Politiques et planification des effectifs, Ministère de la Santé du Manitoba

Dr. David Gregory

University of the North

Maureen Hancharyk

Manitoba Nurses Union

Karen Hargreaves

Assiniboine Community College

Susan Hicks

Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada

Verna Holgate

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Manitoba

Gisele Lapointe

Collège universitaire de St. Boniface

Lisa Little

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Janice McDonald

Syndicat des infirmières et des infirmiers du Manitoba

Sandi Mowat

Syndicat des infirmières et des infirmiers du Manitoba

Bev Ann Murray

Sous-ministre adjointe, Ministère de la Santé du Manitoba

Sue Neilson

Ordre des infirmières et infirmiers autorisés du Manitoba

Laura Panteluk

Ordre des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba

Lynda Stiles

Office régional de la santé de Brandon



Karen Terlinski
Manitoba Nurses Union

Karen Wall
Red River College

Arlene Wilgosh
Sous-ministre de la Santé et de la Vie saine

Nouveau-Brunswick

Sue Barrie
Membre du Comité consultatif sur les ressources infirmières, représentant des Soins infirmiers domicile, Ministère de la Famille et des Soins communautaires

Valerie Black
Syndicat canadien de la fonction publique

Liette Clement
École science infirmière, Université de Moncton
Campus Shippagan

Dr. Heather Dow
Membre du Comité consultatif sur les ressources infirmières, représentant de la Société médicale du Nouveau-Brunswick

Bruno Ferron
Planifications et services de l'Assurance-maladie, Ministère de la Santé et du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick

Lynda Finely
Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick

Denise Gaudet
Régie régionale de la santé Beauséjour

Gérène Gautreau
Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick

Kris Gauvin
Régie régionale de la santé Restigouche

Cheryl Gibson
Faculté des sciences infirmières, Université du Nouveau-Brunswick

Wendy Gould
Régie régionale de la santé Acadie-Bathurst

Joanne Graham
Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick

Judith Hart
Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

Marquerite Harvey
Membre du Comité consultatif sur les ressources infirmières, représentant de l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick

Mary-Lee Hébert
Régie régionale de la santé Sud-Est

Paula Jones
Membre du Comité consultatif sur les ressources infirmières, représentant le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Pierrette Lavigne
Régie régionale de la santé Acadie-Bathurst

France Marquis
École science infirmière, Université de Moncton
Campus Edmundston, Chair of the Nursing
Resources Advisory Committee



Barb McGill

Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

Beth McGinnis

Santé publique, Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Tracey Newton

Services hospitaliers, Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Roberte O'Regan

Régie régionale de la santé Quatre

Annette Osted

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Marilyn Quinn

Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Kelly Rodgers-Sturgeon

Membre du Comité consultatif sur les ressources infirmières, représentant le Ministère de l'Éducation postsecondaire et Formation

Joanne Rosevear

Planifications et services de l'Assurance-maladie, Ministère de la Santé et du du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick

Marie-Paule Roussel

Membre du Comité consultatif sur les ressources infirmières, représentant l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick

Lyne St. Pierre-Ellis

Planifications et services de l'Assurance-maladie, Ministère de la Santé et du du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick

Kevin Symes

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick

Roxanne Tarjan

Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick

Bev Tedford

Membre du Comité consultatif sur les ressources infirmières, représentant les Services hospitaliers, Ministère de la Santé et du du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick

Alice Thériault

Planifications et services de l'Assurance-maladie, Ministère de la Santé et du du Mieux-Être du Nouveau-Brunswick

Rosanne Thorne

Corporation des sciences de la santé de l'Atlantique

Douglas Wheeler

Association des infirmières et des infirmiers du Nouveau-Brunswick

Doug Wilson

River Valley Health

Terre-Neuve-et-Labrador

Beverley Alcock

Hope – Mental Health Long-term Care

Angie Botstone

Ministère de la Santé et des Services communautaires

Cathy Burke

Eastern Health



Regina Coady

Ministère de la Santé et des Services communautaires

Dora Cooper

Newfoundland and Labrador Centre for Health Information

Gail Downing

Eastern Health

Paul Fisher

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador

Debbie Forward

Newfoundland and Labrador Nurses Union

Eleanor Fowler

Labrador – Services de soins de santé régionaux Grenfell

Rosemarie Goodyear

Central Health

Bev Griffiths

Ministère de la Santé et des Services communautaires

Cheryl Harding

Ministère de la Santé et des Services communautaires

Michelle Hatt

Central Health

Eileen Hewlett

Syndicat canadien de la fonction publique

Clayton LeDrew

Notre Dame Bay Health Centre

Sandra Lefort

École des sciences infirmières

Anita Ludlow

Ministère de la Santé et des Services communautaires

Ann Manning

Eastern Health

Annette Osted

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Rosari Patey

Labrador – Grenfell Regional Health Services

Linda Robbins

Western Regional

Joan Rowsell

Centre for Nursing Studies

Suellen Sheppard

Ministère de la Santé et des Services communautaires

Collette Smith

Eastern Health

Joy Struckless

Ministère de la Santé et des Services communautaires

Trudy Struckless

Central Health

Gerri Thompson

Ministère de la Santé et des Services communautaires

Andrew Wells

Ministère de la Santé et des Services communautaires

Nouvelle-Écosse

Candy Allison

Saint Vincent's Guest House



Rick Anderson

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Paulette Babin

South West Health

Natalie Blanchet

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Sara Campbell

IWK Health Centre

Teri Crawford

Ordre des infirmières et infirmiers autorisés de la Nouvelle-Écosse

Donna Denney

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Barbara Downe-Wamboldt

Dalhousie School of Nursing

Suzanne Foster

Dalhousie School of Nursing

Angela Gillis

St. Francis Xavier School of Nursing

Mary-Ellen Gurnham

Capital Health

Linda Hamilton

Ordre des infirmières et infirmiers autorisés de la Nouvelle-Écosse

Janet Hazelton

Syndicat des infirmières et des infirmiers de la Nouvelle-Écosse

Dennis Holland

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Jim Houston

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Chris LaBreche

Shannex Health Care

Lisa Little

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Wendy MacDonald

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

Sandra MacDonald-Rencz

Santé Canada

Sue MacEachern

Région sanitaire Colchester East Hants

Allene MacIssac

St. Francis Xavier School of Nursing

Peggy MacNeil

Port Hawkesbury Nursing Home

Ann Mann

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de la Nouvelle-Écosse

Edith Menzies

Région sanitaire de Annapolis Valley

Danielle Mercier

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Liz Millett

Région sanitaire de Guysborough Antigonish Strait

Cheryl Northcott

Région sanitaire de Cumberland

Debi Osborne

Nova Scotia Nurses Union



Mary-Ellen Pittoello

Sunset Services Inc.

Sheila Profit

Cape Breton University

Karen Sigouin

Nova Scotia Community College

Linda Sirota

Nova Scotia Government and General
Employees Union

Joan Snow

Ministère des Services communautaires de la
Nouvelle-Écosse

Tina Thibeau

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Peter Vaughan

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Cathy Walls

IWK Health Centre

Wayne White

Shannex Health Care

Suellen Wilson

Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada

Bette Yetman

Région sanitaire du District du Cap Breton

Territoires du Nord-Ouest

Glen Abernethy

Secrétariat du Conseil de la gestion financière,
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Anna Beals

Tlich Community Services Agency

Denise Bowen

Aurora College

Janice Daniels

South Mackenzie Corrections Centre

Colin Eddie

Régie des services de santé et des services sociaux
Sahtu

Judy Furlong

Régie des services de santé et des services sociaux
Beaufort-Delta

Sandra Lockey

Ministère de la Santé et des Services sociaux,
Territoires du Nord-Ouest

Annette Osted

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Celine Pellitier

Infirmière praticienne étudiante

Ruth Robertson

Régie des services de santé et des services sociaux de
Yellowknife

Ophelia Spencer

Régie des services de santé et des services sociaux de
Fort Smith

Faye Stark

Ministère de la Santé et des Services sociaux,
Territoires du Nord-Ouest

Wanda White

Ministère de la Santé et des Services sociaux,
Territoires du Nord-Ouest



Gayla Wick

Union of Northern Workers

Barbara Wyness

Union of Northern Workers

Ontario**Andrea Baumann**

Nursing Health Sciences Research Unit, McMaster University

Lesley Bell

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Mona Black

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Ontario

Kathy Cook

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Audrey Danaher

Council of Ontario University Programs in Nursing

Barbara Gough

Ministère de la Formation et des Collèges et universités

Kathy Green

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Ontario

Joan Lesmond

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Lynn Macfie

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Sue Matthews

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Vicki McKenna

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Barb Mildon

Nursing Health Sciences Research Unit

Mary-Ann Murray

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Valerie Russell

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Sharon Sholzberg-Gray

Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Jill Strauss

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Dr. Joshua Tepper

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Kileen Tucker-Scott

Council of Ontario University Programs in Nursing

Joanne Young-Evans

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Ontario

Ile-du-Prince-Edouard**Elaine Betts**

Prince Edward Island Nurses Union – Home Care and Support

Mary Jane Callaghan

Soins à domicile et soutien



Elaine Campbell

Programme provincial gériatrique

Dr. Kim Critchley

University of Prince Edward Island, School of Nursing

Valerie Davies

Soins infirmiers, Santé publique

Judy Dennis

Foyer Prince Edward

Cheryl Doran

Community Hospital O’Leary

Faye Feener

Continuing Care, Summerside

Audrey Fraser

Queen Elizabeth Hospital

Hui Jun Sun

Beach Grove Home

Janet MacKeigan

Beach Grove Home

Cathy MacKinnan

Syndicat canadien de la Fonction publique

Aleah MacLennan

Stewart Memorial Hospital

Rachel Matheson

Holland College

Nora McCabe

Soins à domicile et soutien

Dr. Gloria McInnis-Perry

Hôpitaux communautaires et soins continus,
Ministère de la Santé

Edna Miller

Souris Hospital

Valerie Nicholson

Soins infirmiers, Santé publique

Annette Osted

Société de l’Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Genevieve Poole

Prince Edward Island Licensed Practical Nurses
Regional Board

Marlene Robichaud

Colville Manor

Joan Savage

Soins infirmiers, Santé publique

Kim Stewart

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires
autorisés

Elizabeth Taylor

Centre de traitement provincial

Pam Trainer

Ministère de la Santé, Ile-du-Prince-Edouard

Joan Walsh

Hôpitaux communautaires et soins continus,
Ministère de la Santé

Maria Ward

McGill Community Mental Health Centre



Shelley Woods
Prince Edward Home

Carol Thomas
Yukon Employees Union

Brenda Worth
Prince County Hospital

Colleen Wirth
Association des infirmières et infirmiers autorisés
du Yukon

Yukon

Catherine Bradbury
Association des infirmières et infirmiers autorisés du
Yukon

Cecilia Fraser
Association des infirmières et infirmiers auxiliaires
autorisés du Yukon

Jan Horton
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Yukon

Lorraine Hoyt
Yukon College

Joy Kajiwara
Ministère de la Santé et des Services sociaux, Yukon

Lisa Little
Société de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers

Patricia McGarr
Association des infirmières et infirmiers autorisés
du Yukon

Mike Pare
Institut professionnel de la Fonction publique
du Canada



ANNEXE C PARTICIPANTS À LA CONFÉRENCE SUR INVITATION *CONSTRUIRE L'AVENIR*

Rob Alder

Med-Emerg Inc.

Robert Allen

Association des infirmières et infirmiers
psychiatriques autorisés de la Saskatchewan

Liz Ambrose

Ministère de la Santé du Manitoba

Lucille Auffrey

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Chris Bailey

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires
autorisés de la Saskatchewan

Cynthia Baker

Queen's University

Susan Bingham

Conestoga College Institute of Technology and
Advanced Learning

Annie Boucher

Fuse Communications and Public Affairs Inc.

Anthony Brannen

Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés
du Canada

Sheila Brown

Ontario Hospital Association

Jenny Buckley

Med-Emerg Inc

Heidi Bungay

Ressources humaines et Développement social
Canada

Dawn Burnett

Association canadienne de physiothérapie

Lynda Buske

Association médicale canadienne

Marcia Carr

Région sanitaire Fraser – site de Burnaby Hospital

Frank Cesa

Conseil canadien de la santé

Irene Clarence

Mid-Main Community Health Centre

Diane Clements

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

CJ Côté

Ministère de la Défense nationale

Pat Cruickshank

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé
Canada

Donna Davis

Anciens Combattants Canada

Susan Dawe

Collège communautaire du Nouveau-Brunswick

Pierre de Montigny

Partenariat fédéral pour les soins de santé

Donna Denney

Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse

Kimberley Diamond

Yukon College



Jennifer Ellis

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Della Faulkner

Association canadienne des soins de santé

Linda Ferguson

College of Nursing, University of Saskatchewan

Paul Fisher

Canadian Council of Practical Nurse Regulators

Debbie Forward

Newfoundland and Labrador Nurses' Union

Loreen Foster

Ordre des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés de l'Alberta

Pamela Fralick

Association canadienne de physiothérapie

Audrey. L Fraser

Queen Elizabeth Hospital

Danielle Fréchette

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Louise Frederick

Association des collèges communautaires du Canada

Pat Fredrickson

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Alberta

Katherine Fukuyama

Vancouver Community College

Darlene Furlong

Dryden Regional Health Centre

Arlene Gallant-Bernard

Prince County Hospital

Michael Garreau

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

Don Getz

Union of Psychiatric Nurses

Céline Goulet

Université de Montréal – Faculté des sciences infirmières

Dalyce Greenslade

Région sanitaire de Calgary

David Gregory

Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Pat Griffin

Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Doris Grinspun

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Maureen Hancharyk

Manitoba Nurses' Union

Dana Hanson

Conseil canadien de la santé

Karen Hargreaves

Assiniboine Community College

Anna Helewka

Douglas College



Susan Hicks

Bureau de la politique des soins infirmiers,
Santé Canada

Donna Higenbottam

Ordre des infirmières et infirmiers psychiatriques
autorisés de la Colombie-Britannique

Tom Hodges

Health Employers Association of British Columbia

Verna Holgate

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires
autorisés du Manitoba

Margaret Horn

Association des infirmières et infirmiers autochtones
du Canada

Sophia Ikura-MacMillan

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de
l'Ontario

Brenda Jacono

Association canadienne des écoles de sciences
infirmières, région de l'Atlantique

Marcia James

Association Strategy Group

Mary Ellen Jeans

M. E. Jeans & Associates

Karen Jewell

Health Employers Association of British Columbia

George Kephart

Dalhousie University

Donna Klaliman

Association canadienne des ergothérapeutes

Janet Knox

Région sanitaire de Annapolis Valley

Marianne Lamb

School of Nursing, Queen's University

Carrie LaVallie

First Nations University of Canada

Gaétan Lévesque

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du
Québec

Noreen Linton

Région sanitaire de Calgary

Lisa Little

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Robert Lockhart

Grant MacEwan College – Ordre des infirmières et
infirmiers psychiatriques autorisés de l'Alberta

Rosalee Longmoore

Saskatchewan Union of Nurses

Barbara Lowe

Ordre des infirmières et infirmiers psychiatriques
autorisés de l'Alberta

Albert MacIntyre

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires
autorisés de la Nouvelle-Écosse

Gordon MacDonald

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires
autorisés de la Colombie-Britannique

Sandra MacDonald-Rencz

Santé Canada



Ann Mann

Canadian Council for Practical Nurse Regulators

Fred J Martin

Pharmacy Human Resources Study

Rachel Matheson

Holland College

Judith Maxwell

Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques

Patricia McGarr

Association des infirmières et infirmiers autorisés du Yukon

Shirley McKay

Association des infirmières et infirmiers autorisés de la Saskatchewan

Vicki McKenna

Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario

Edith Menzies

Ordre des infirmières et infirmiers autorisés de la Nouvelle-Écosse

Marie Mertler

Institut professionnel de la Fonction publique du Canada

Heather Mohr

Canadian Pharmacists Association

Sherry Moller

Union of Psychiatric Nurses

Judy Morrow

Nova Scotia Community College

Linda Moyneur

Ordre des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés de la Colombie-Britannique

Susan D. Neilson

Ordre des infirmières et infirmiers autorisés du Manitoba

Barbara Oke

Santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Janice O'Neill

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador

Carole Orchard

University of Western Ontario, School of Nursing

Annette Osted

Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Frances Palmer-Barlow

NorQuest College

Laura Panteluk

Ordre des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba

Roberta Parker

Ministère de la Santé de l'Alberta

Jacinthe Pépin

Université de Montréal

Johanne Plante

Statistique Canada

Lucie Poliquin

Service correctionnel Canada



Genevieve Poole

Prince Edward Island Licensed Practical Nurses
Registration Board

Jason Powell

Humber Institute of Technology and Advanced
Learning

Lynn Power

Association des infirmières et infirmiers autorisés de
Terre-Neuve et du Labrador

Marilyn Quinn

Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-
Brunswick

Sandra Regan

Association des infirmières et infirmiers autorisés de
la Colombie-Britannique

Kate Rexe

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et
d'infirmiers

Glen Roberts

The Conference Board of Canada

Mary-Anne Robinson

Ordre et Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Alberta

Garth Robson

Saskatchewan Association of Health Organizations

Linda Ross

Brandon University

Rosanne Rothenberg

Ordre des infirmières et infirmiers psychiatriques
autorisés de la Colombie-Britannique

Francine Anne Roy

Institut canadien d'information sur la santé

Ellen Rukholm

Association canadienne des écoles de sciences
infirmières

Kim Ryan-Nicholls

Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés
du Canada

Paul Sajan

Institut canadien d'information sur la santé

Dr. Hugh Scully

Association médicale canadienne

Judith Shamian

Infirmières de l'Ordre de Victoria (VON Canada)

Anne Shannon

Syndicat des infirmières et des infirmiers de la
Colombie-Britannique

Jennifer Shepherd

Association Strategy Group

Suellen Sheppard

Newfoundland and Labrador Health Boards
Association

Sharon Sholzberg-Gray

Association canadienne des soins de santé

Linda Silas

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et
d'infirmiers

Heather Smith

United Nurses of Alberta



Nicole Snow

Centre for Nursing Studies

Lyne St. Pierre-Ellis

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Kevin Symes

Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisé(e)s du Nouveau-Brunswick

Marg Synyshyn

Office régional de la santé de Winnipeg

Jean-Philippe Tabet

Ressources humaines et Développement Social Canada

Lise Talbot

Association canadienne des écoles de sciences infirmières

Deborah Tamlyn

Association des infirmières et infirmiers du Canada

Roxanne Tarjan

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Michel Tarko

Association canadienne des éducateurs des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés

Andrew Taylor

Association canadienne des soins de santé

Alice Thériault

Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Ginette Thériault

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Jennifer Thornhill

Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

Judith Tompkins

Centre for Addiction and Mental Health

Carla Troy

Agence de santé publique du Canada

Susan Vandavelde-Coke

Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre

Catherine Walsh

Ministère de la Santé et des services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard

Sping Wang

University of Toronto

Arlene Wilgosh

Ministère de la Santé du Manitoba

Ruth Wold

Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de l'Alberta

