



## **A Renewed Call for Action:**

A Synthesis Report on the Nursing Shortage in Canada

## **Nouvel appel à l'action :**

Rapport de synthèse sur la pénurie de personnel infirmier au Canada

**Victor Maddalena**

**Amanda Crupi**

Fédération canadienne des  
syndicats d'infirmières  
et d'infirmiers

Canadian Federation of  
Nurses Unions

The Canadian Federation of Nurses Unions  
www.cfnu.ca  
2841 Riverside Drive, Ottawa, Ontario K1V 8X7  
613-526-4661

© 2008 The Canadian Federation of Nurses Unions

All rights reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system without the permission of the publisher.

Project manager: Linda Silas  
Graphic design: Sean Dillon-Fordyce  
Assistants: Paul Curry, Oxana Genina, Deanna MacArthur  
Translation: Traduction OPTIMUM Translation

First Edition June 2008

ISBN: 978-0-9784098-1-4

Printed and bound in Canada

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers  
www.cfnu.ca  
2841, prom. Riverside, Ottawa, Ontario K1V 8X7  
613-526-4661

© 2008 Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers

Tous droits réservés. Aucune partie de cet ouvrage ne peut être reproduite ou transmise par quelque procédé que ce soit, tant électronique que mécanique, en particulier par photocopie, enregistrement ou par tout système de recherche et d'entreposage documentaire sans l'autorisation de l'éditeur.

Chef du projet : Linda Silas  
Graphisme : Sean Dillon-Fordyce  
Assistants : Paul Curry, Oxana Genina, Deanna MacArthur  
Traduction : Traduction OPTIMUM Translation

Première édition juin 2008

ISBN : 978-0-9784098-1-4

Imprimé et relié au Canada

Dans ce livre, le genre masculin ou féminin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

## Acknowledgements

The authors wish to acknowledge the support of Linda Silas and the Advisory Committee: Larry LeMoal (SUN), Anne Clarke (ONA), Debbie Forward (NLNU), and Debra McPherson (BCNU). We would also like to thank colleagues from across the country who provided invaluable information for this report: Patricia Wejr (BCNU), Tony Olmstead (UNA), Stuart Croall (MNU), Lawrence Walter (ONA), Suzanne Maltais (NBNU), Marilyn Quinn (NBNU), Barbara Brookins (PEINU) and Jean Candy (NSNU), and the input of many nursing friends who so willingly shared their viewpoints and suggestions on the nursing shortage.



## Remerciements

Les auteurs aimeraient souligner le soutien offert par Linda Silas et les membres du comité consultatif : Larry LeMoal (SIIS), Anne Clarke (AIIO), Debbie Forward (SIITNL), et Debra McPherson (SIICB). Nous aimerions aussi remercier les collègues, partout au pays, qui nous ont fourni des informations inestimables pour la rédaction de ce rapport : Patricia Weir (SIICB), Tony Olmstead (IIUA), Stuart Croall (SIIM), Lawrence Walter (AIIO), Suzanne Maltais (SIINB), Marilyn Quinn (SIINB), Barbara Brookins (SIIPÉ) et Jean Candy (SIINÉ). Nous tenons aussi à remercier nos nombreux amis, infirmières et infirmiers, qui ont si généreusement partagé leurs points de vue et suggestions par rapport à la pénurie de personnel infirmier.

## Some Explanatory Notes

1. In this report, unless otherwise specified, the terms “nurse” and “nursing” refer to the three regulated nursing professions: Registered Nurses (RN), Registered Psychiatric Nurses (RPN) and Licensed Practical Nurses (LPN).
2. The reader will note that the majority of the data presented in this report focuses on Registered Nurses. This is due in part to availability. The data for Registered Psychiatric Nurses and Licensed Practical Nurses are limited, especially at a national level.

## Notes explicatives

1. Dans le présent rapport, sauf indication contraire, les termes « infirmières et infirmiers » et « profession infirmière » se rapportent aux trois professions infirmières réglementées suivantes : infirmières et infirmiers autorisés (IA), infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA) et infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA).
2. Le lecteur constatera que les données fournies dans ce rapport concernent surtout les infirmières et infirmiers autorisés. Ceci est dû principalement aux données dont on dispose : en effet, celles qui concernent les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés sont restreintes, surtout à l'échelon national.

## Message from Linda Silas

President, Canadian Federation of Nurses Unions

On behalf of the 138,000 unionized nurses of the Canadian Federation of Nurses Unions (CFNU), I wish to thank and recognize Victor Maddalena and Amanda Crupi for their tremendous work on this paper and also the valuable input of our advisory committee: Larry LeMoal, Anne Clarke, Debbie Forward, and Debra McPherson. I would also like to thank the following members of the CFNU team for their help in preparing this paper for print: Sean Dillon-Fordyce,



Oxana Genina, Deanna MacArthur and Paul Curry. A special thank you goes to the CFNU's National Executive Board for their support in the development of this project. We at CFNU believe that this paper provides a wake-up call to healthcare leaders. Most will read it and say "Yes, I have read that before." Exactly! But what has been done about it? We have been talking and asking questions about the nursing shortage for over 10 years. Now it is time to work together and bring the recommendations of research experts to life.

## Message de Linda Silas

Présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

Au nom des 138 000 infirmières et infirmiers syndiqués de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII), j'aimerais remercier Victor Maddalena et Amanda Crupi pour l'énorme travail consacré à ce document ainsi que les membres du comité consultatif : Larry LeMoal, Anne Clarke, Debbie Forward et Debra McPherson, pour leurs commentaires judicieux. J'aimerais aussi remercier les membres de l'équipe de la FCSII qui ont participé à la mise en page nécessaire à l'impression du document : Sean Dillon-Fordyce, Oxana Genina, Deanna MacArthur et Paul Curry. Nous, à la FCSII, pensons que ce document sera un signal d'alarme lancé aux leaders en soins de santé. La plupart le liront et diront « Oui, j'ai déjà lu cela. » Exactement ! Mais qu'est-ce qui a été fait par la suite ? Voilà plus de 10 ans que nous parlons de pénurie de personnel infirmier et que nous posons des questions. Le temps est venu de travailler ensemble et de mettre en œuvre les recommandations des experts de la recherche.

À la lecture de ce document, les lecteurs auront une vision des orientations futures ainsi qu'une série de recommandations concrètes pouvant guider les décideurs qui veulent avoir un impact positif sur les conditions de travail du personnel infirmier. Les recommandations auront un effet direct sur les infirmières et les infirmiers qui, trop souvent, pensent qu'ils travaillent en mode « crise » et que l'on ne tient pas compte de la gravité de leur situation. Malgré ce sentiment

This paper will provide readers with a vision for directions forward and also a concrete set of recommendations that could guide policy makers who are aiming to make a positive impact on the working conditions of nurses. Recommendations would directly impact nurses who too often believe they are working in crisis mode, and that the severity of their situation is being ignored. Despite an all too common sense of despair that often looms over the situation, the authors of this report offer significant hope that despite the plethora of issues which have negatively impacted the nursing workforce, with a commitment to collaboration and action, positive solutions can be implemented to improve the working conditions of the profession and assist in better planning for the current and future nursing workforce.

It is true that sustaining and building the nursing workforce starts with good health human resource research – there are a number of excellent examples in Canada and many of them have been synthesized in this



commun de désespoir qui, souvent, accompagne la situation, les auteurs de ce rapport sont porteurs d'espoir. Ainsi, malgré l'abondance de problèmes qui ont eu des conséquences négatives sur la main-d'œuvre infirmière, un engagement à collaborer et à agir permettra de mettre en œuvre des solutions positives pour améliorer les conditions de travail du personnel infirmier et mieux planifier la main-d'œuvre infirmière actuelle et future.

Il est vrai que le maintien et l'augmentation de la main-d'œuvre infirmière doivent prendre appui sur des études sérieuses portant sur les ressources humaines en santé. Il y a d'ailleurs d'excellents exemples de telles études menées au Canada, et la plupart sont résumées dans ce document. Or, ce que nous faisons avec les résultats est encore plus important que la recherche en soi. Ce document sert d'assises à un appel à l'action ! Des leçons ont été tirées de la recherche, nous les avons analysées et parfois même mises en application. Toutefois, nous avons maintenant besoin d'efforts de collaboration pour mettre en œuvre des initiatives et des politiques en appui aux milieux de travail sains. La FCSII a été directement témoin de progrès exceptionnels en matière de collaboration entre les gouvernements, les employeurs, les syndicats, les associations de réglementation et les établissements d'enseignement. Il faut qu'ils travaillent ensemble pour mettre en œuvre, dans le milieu de travail, des solutions positives à la pénurie de personnel infirmier. Plusieurs provinces sont à des étapes différentes par rapport à la cueillette de données et aux solutions pratiques. C'est compréhensible et c'est une motivation encore plus grande à passer à la prochaine étape en matière de travail de collaboration.

## A Renewed Call for Action: A Synthesis Report on the Nursing Shortage in Canada

document. But perhaps even more important than the research itself is what we do with it. This paper is meant to serve as a call to action. The lessons that research has taught us have long been extracted, analyzed, and sometimes even implemented – but what is needed now are sustained and collaborative efforts to implement initiatives and policies that support healthy workplaces. CFNU has seen first-hand exceptional strides in collaboration made between governments, employers, unions, regulatory associations and educational institutions. All need to work together to implement positive solutions to the nursing shortage in the workplace. Many provinces are at different levels of data collection and workable solutions. This is understandable, but it also provides even more motivation to take collaborative work to the next level.

Just as nurses care so intently for their patients, it is our collective responsibility as members of the healthcare community to care for our nurses – creating healthy, safe, empowering, enriching work environments that promote the retention and recruitment of nurses and, ultimately, quality patient care.

Linda Silas  
May 2008

Tout comme les infirmières et les infirmiers se soucient profondément de leurs patients, nous avons la responsabilité collective, en qualité de membres de la communauté des soins de santé, de nous soucier de nos infirmières et infirmiers – créer des milieux de travail sains, sécuritaires, habilitants et valorisants qui favorisent le maintien en poste et le recrutement de l'effectif infirmier et, par conséquent, la qualité des soins aux patients.

Linda Silas  
Mai 2008



## Message from Sarah Painter

President, Canadian Nursing Students' Association

It is an exciting time to be a student at the threshold of the world of nursing. It is an autonomous, dynamic, and highly respected profession that is indispensable to the Canadian healthcare system. Nurses represent the largest and most trusted workforce in the country. Canadian nursing students will enjoy the expanding scope and responsibilities of the job. However, as we look forward to the staggering projected and current nursing shortage, it is critical that nursing education and workplaces are adapted to meet changing needs. Necessary actions must include effective utilization of experienced nurses, mentorship for novice nurses, and support for students enrolled in nursing programs.

As tuition fees rise across our nation, many students struggle through post-secondary programs and, in some cases, are not able to consider certain careers. Canadian nursing education programs are strenuous and all-consuming whether practical, psychiatric, diploma, or degree. Every year, many potential students are unable to consider or complete nursing education due to the financial



## Message de Sarah Painter

Présidente de la L'Association des étudiant(e)s infirmier(ère)s du Canada

Quelle période trépidante pour une étudiante ou un étudiant sur le point de se joindre au monde des soins infirmiers. Non seulement s'agit-il d'une profession autonome, dynamique et très respectée, mais le système canadien de soins de santé ne peut s'en passer. Le personnel infirmier constitue la main-d'œuvre la plus importante au pays et celle en qui on a le plus confiance. Les étudiantes et étudiants canadiens en sciences infirmières pourront jouir de cette profession en pleine expansion et des responsabilités qui lui sont liées. Toutefois, si l'on tient compte de la pénurie criante de personnel infirmier, actuelle ou projetée, il est essentiel que la formation en sciences infirmières et les milieux de travail s'adaptent afin de répondre aux besoins changeants de la main-d'œuvre. Une utilisation efficace du personnel infirmier d'expérience, le mentorat des nouvelles et nouveaux diplômés et un soutien aux étudiants et étudiantes inscrits à un programme en sciences infirmières doivent faire partie des mesures nécessaires.

Les frais de scolarité augmentent partout au pays, et plusieurs étudiantes et étudiants ont de la difficulté à compléter des études postsecondaires et, parfois, ne peuvent choisir certaines carrières. Les programmes canadiens d'études en sciences infirmières sont ardues et exigeants, qu'il s'agisse d'infirmières auxiliaires, psychiatriques, d'un diplôme ou d'un certificat. À chaque année, plusieurs étudiantes et étudiants potentiels ne peuvent s'inscrire ou compléter des études



## A Renewed Call for Action: A Synthesis Report on the Nursing Shortage in Canada

burdens. In these times of staffing crises this should never be the case. There is a dire need for increased funding to schools of nursing to increase program intake. At the same time, increased tuition subsidies and financial support is critical. If availability and financial feasibility of nursing education is not addressed, the numbers of new nurses entering the Canadian healthcare system can never meet the demand.



According to a 2002 study by the Canadian Nurses Association, if we continue along our current path, Canada will experience a shortage of 78,000 RNs by 2011 and 113,000 RNs by 2016. These projections illustrate two critical requirements: retention and recruitment of both novice and experienced nurses. As a new nurse, I will require the guidance and mentorship of seasoned professional nurses. My employers must focus attention on the changing roles and needs of the experienced nurse and discover ways to make workplaces

infirmières en raison du fardeau financier qui lui est lié. Cela est un non-sens étant donné la crise liée à la dotation en personnel en ce moment. Il est donc impératif d'augmenter le financement des écoles de sciences infirmières et, ainsi, augmenter les inscriptions aux programmes. De plus, il faut aussi augmenter les subventions et le soutien financier pour aider à payer les frais de scolarité. Si nous n'abordons pas la question de la disponibilité de programmes en sciences infirmières financièrement abordables, le nombre de nouveaux infirmiers et infirmières qui se joindront au système canadien de soins de santé ne pourra jamais répondre à la demande.

Selon une étude menée en 2002 par l'Association canadienne des infirmières et infirmiers, si nous demeurons sur la même voie, le Canada connaîtra une pénurie de 78 000 IA d'ici 2011 et de 113 000 d'ici 2016. Ces projections illustrent deux besoins critiques : le maintien en poste et le



healthier. It is daunting to read about the high overtime rates that nurses work: an estimated 18 million hours per year. It is distressing to hear that nursing is one of the sickest professions (if not the sickest) due to burnout, injury and illness.

The future of Canadian nursing holds great potential but demands action in the areas highlighted in this paper. Quality education, quality mentorship, and financial support must be prioritized to ensure our well-being as the next generation of professional nurses.

Sarah Painter  
May 2008



recrutement à la fois de nouvelles et nouveaux diplômés et de personnel infirmier d'expérience. En qualité de nouvelle infirmière, j'aurai besoin d'être guidée et de faire l'objet de mentorat de la part du personnel infirmier d'expérience. Mes employeurs doivent mettre l'accent sur les rôles et les besoins changeants du personnel infirmier d'expérience et découvrir comment rendre les milieux de travail plus sains. C'est angoissant de lire au sujet des taux élevés d'heures supplémentaires chez le personnel infirmier, soit environ 18 millions d'heures par année. C'est aussi bouleversant de lire que la profession infirmière est l'une des professions les plus malades (si ce n'est la plus malade) en raison de l'épuisement professionnel, des blessures et des maladies.

L'avenir de la profession infirmière au Canada représente un grand potentiel, mais des actions sont nécessaires dans les secteurs mis en évidence dans ce texte. Éducation et mentorat de qualité ainsi que soutien financier doivent être prioritaires pour assurer notre bien-être. Ne sommes-nous pas la prochaine génération d'infirmières et infirmiers professionnels ?

Sarah Painter  
Mai 2008

## Table of Contents

Executive Summary	12
Regulated Nursing Professions: Quick Facts	17
1.0 Introduction: Articulating the Problem	19
2.0 The Extent of the Nursing Shortage: The Evidence	21
2.1 Increasing the Supply and Productivity of Nurses	24
2.2 Population Demographics: An Ageing Population	30
2.3 Rural, Northern and Remote Populations	35
2.4 Work-Life Issues	37
3.0 Directions Forward	50
3.1 Building the Future: An Integrated Strategy for Nursing Human Resources in Canada	51
3.2 Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses	53
4.0 Recommendations: A Renewed Call for Action	63
References	73
Appendix One: Building the Future: An Integrated Strategy for Nursing Human Resources in Canada. Phase I Final Report. Recommendations and Suggested Actions	79
Appendix Two: Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses. Summary of Recommendations and Suggested Actions	85

## Table des matières

Résumé	12
Les professions infirmières réglementées : les faits en bref	17
1.0 Introduction : Exposé du problème	19
2.0 L'ampleur de la pénurie de personnel infirmier: faits à l'appui	21
2.1 Accroître l'offre d'effectifs infirmiers et leur productivité	24
2.2 Données démographiques : une population vieillissante	30
2.3 Populations rurales, nordiques et éloignées	35
2.4 Enjeux relatifs à la qualité de vie au travail	37
3.0 Prochaines orientations	50
3.1 Construire l'avenir : Une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada	51
3.2 Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes	53
4.0 Recommandations : un nouvel appel à l'action	63
Références	73
Annexe un : Construire l'avenir : Une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada. Rapport final – Phase I. Recommandations et mesures suggérées	79
Annexe deux : Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes. Résumé des recommandations et mesures suggérées	85

## Executive Summary

The nursing labour market, once characterized by cyclical periods of shortage and surplus, has progressed to a stage where there now exists a pervasive shortage of nursing human resources. In many jurisdictions and health service delivery areas the demand is critical. To address this problem, government and health organizations have implemented strategies to increase the available supply of nurses, but with varying degrees of success. Data indicate, that while the supply of nurses entering practice is increasing, attrition from the field remains an ongoing problem. Increasing the numbers of new graduate nurses may not be sufficient to overcome the exodus of nurses from the profession due to retirement or work-life issues. While the current nursing shortfall is generally widespread, there are areas where it is more acute, for example in northern and rural communities, and in specialty areas such as the emergency room, long-term care, and critical care units. There is also a shortage of nursing faculty.

The nursing shortage has been, and will continue to be, significantly influenced by the ageing of the Canadian population. While in 2005 Canada's population was younger in comparison to other G8 countries, it is expected to age more rapidly in the coming years. The same forces that are contributing to an ageing of the Canadian population are also mirrored



## Résumé

Le marché de la main-d'œuvre infirmière, autrefois caractérisé par des cycles de pénurie et de surplus, a atteint un stade où la pénurie est omniprésente. Dans bien des provinces, territoires et régions sociosanitaires, la demande atteint un point critique. Pour faire face à ce problème, le gouvernement et les organisations de santé ont mis en œuvre, avec plus ou moins de succès, des stratégies visant à accroître le nombre d'infirmières et infirmiers disponibles. Selon les données, bien que le nombre de nouveaux infirmiers et infirmières augmente, la réduction naturelle des effectifs demeure un problème. Accroître le nombre d'infirmières diplômées pourrait ne pas suffire à enrayer l'exode dû aux départs à la retraite et aux problèmes liés à la qualité de vie au travail. Bien que la pénurie actuelle soit plutôt généralisée, elle se fait particulièrement sentir dans certains secteurs, comme les localités rurales et du Nord ainsi que les unités spécialisées comme celles des soins intensifs et des soins de longue durée et les salles d'urgence. On constate aussi une pénurie d'enseignants en sciences infirmières.

La pénurie de personnel infirmier est et continuera d'être en bonne partie liée au vieillissement de la population. Alors qu'en 2005 la population canadienne était plus jeune que celle des autres pays du G8, on s'attend à ce qu'elle vieillisse plus rapidement au cours des prochaines années. Les facteurs à l'origine de ce vieillissement touchent aussi l'effectif infirmier. Les problèmes créés par le vieillissement de la main-d'œuvre infirmière deviennent plus évidents et plus sérieux lorsqu'on considère la difficulté à recruter des enseignants possédant une maîtrise ou un doctorat. La pénurie

in the nursing workforce. The problems created by an ageing nursing workforce become more evident and more problematic when one considers the challenges associated with recruiting nursing faculty that are prepared at the graduate and doctoral levels. The nursing shortage is also affecting vulnerable segments of our society disproportionately including northern, rural and remote areas of Canada. An ageing population also translates into greater demands for health services. Moreover, though many people will continue to enjoy good health, it is clear that as individuals age they are at an increased risk for developing a wide range of health problems, both chronic and acute.

While there is a need to increase the supply of nurses to ameliorate the effects of the current nursing shortage it is essential to address work-life issues for nurses. Improving work-life for nurses

needs to be an integral feature of a long-term strategy to remedy the nursing shortage. Short-term, stop-gap measures such as over-utilizing existing nursing staff – calling nurses back to work on their days off and placing excessive (paid and unpaid) overtime demands on them – are untenable long-term solutions to the nursing shortage.

The extent and influence of an inadequate supply of nurses on the health and well-being of Canadians, the health system and the nursing profession is significant and cannot be underestimated. The current shortage of nurses in Canada creates a strong imperative to develop policy initiatives at a local, provincial, national and international



touche aussi démesurément les segments de population vulnérables de la société, notamment la population des régions nordiques, rurales et éloignées du Canada. Le vieillissement de la population se traduit en outre par une demande accrue de services de santé. En outre, même si bien des gens qui vieillissent demeureront en bonne santé, il est certain qu'avec l'âge, les individus risquent davantage de connaître un large éventail de problèmes de santé, tant chroniques qu'aigus.

S'il est nécessaire de former davantage d'infirmiers et d'infirmières pour atténuer les effets de la pénurie actuelle, il est impératif de s'attaquer aux problèmes relatifs à l'équilibre travail-vie. L'amélioration de cet équilibre doit faire partie intégrante d'une stratégie à long terme visant à remédier à la pénurie de personnel infirmier. Des mesures provisoires comme la surutilisation du personnel infirmier existant, qu'on rappelle lorsqu'il est en congé et auquel on impose un nombre excessif d'heures supplémentaires (payées ou non), sont des solutions insoutenables à long terme.

L'ampleur de l'insuffisance de la main-d'œuvre infirmière et son incidence sur la santé et le bien-être des Canadiens, sur le système de santé et sur la profession elle-même sont considérables et ne sauraient être sous-estimées. L'actuelle pénurie de personnel infirmier au Canada rend impérative l'élaboration d'initiatives stratégiques aux échelons local, provincial, national et international si l'on veut s'attaquer aux nombreuses dimensions de la crise. D'ailleurs, la pénurie capte l'attention des dirigeants infirmiers, des administrateurs du système de santé, des responsables des politiques et des instances gouvernementales du monde entier. Certes, les gouvernements ont lancé maintes études et mis en œuvres diverses politiques pour chercher à remédier à la pénurie, mais il reste beaucoup à faire. Une chose est certaine : la pénurie de personnel infirmier va continuer d'influer

level to address the many dimensions of this crisis. Indeed, the nursing shortage has captured the attention of nursing leaders, health system administrators, policy makers and governments around the world. While governments have initiated many studies and implemented various policies to seek remedies to the shortage, there is more work to be done. One thing is clear: the nursing shortage will continue to exert considerable influence on the delivery of health services in Canada, in particular the quality and availability of patient care. If immediate and sustained action is not taken, the status of nursing human resources and health care in Canada will continue to deteriorate.

The aim of this report is to review the relevant literature and studies on Canada's nursing shortage and to glean from these the best means available to reverse the present downward slide. Ten recommendations surface from and are supported by the evidence:

1. Processes should be put in place to ensure health organizations are held accountable for their actions and non-actions regarding the creation of safe and healthy work environments for nurses. The absence of an agreed upon accountability framework may lead to conflicting viewpoints regarding the most appropriate way to manage service reductions when staffing concerns are prevalent.
2. In consultation with stakeholders, the Office of Nursing Policy should establish a clearing house for "best



considérablement sur la prestation des services de santé au Canada, en particulier au chapitre de la qualité des soins. Si l'on ne prend pas des mesures immédiates et durables, le problème des ressources humaines infirmières ira en s'aggravant et la qualité des soins ne fera que se détériorer.

Ce rapport a pour objet de passer en revue la littérature et les études publiées concernant la pénurie croissante de personnel infirmier au Canada et d'en dégager les meilleurs moyens disponibles pour renverser la vapeur. Les faits justifient les dix recommandations suivantes :

1. Il faudrait mettre en place des processus garantissant que les organisations de santé rendent compte des mesures qu'elles prennent, ou ne prennent pas, concernant l'établissement de milieux de travail sûrs et sains pour le personnel infirmier. Lorsqu'il existe des préoccupations au chapitre de la dotation, l'absence d'un cadre de responsabilisation déterminé peut donner lieu à des points de vue conflictuels quant à la meilleure manière de gérer la réduction des services.
2. Le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada devrait établir, après consultation des parties prenantes, un centre d'information sur les pratiques exemplaires en matière de gestion infirmière, d'exercice de la profession, de modèles de dotation et d'innovations quant à la santé et au bien-être au travail.
3. Les gouvernements provinciaux, l'Association canadienne des soins de santé, les organisations de santé privées et les syndicats infirmiers doivent s'attacher à créer au sein du système de santé canadien une culture d'attraction comme moyen de favoriser la participation active

practices” in nursing management, practice, staffing models, and innovations in workplace health and well-being.

3. Provincial governments, the Canadian Healthcare Association, individual health organizations, and nursing unions need to focus their efforts on creating a “Magnet culture” within Canada’s health system as a means to engage and empower nurses. Employers, unions and governments need to develop and adopt strategies that empower and promote the autonomy of nurses.
4. Provincial governments, employers and nursing unions must develop strategies to advance the implementation of appropriate workloads for nurses, workload management systems, innovative staffing initiatives (for example, standardized nurse-patient ratios) and strategies to enhance the productivity of nurses by relieving nurses of non-nursing duties (e.g. housekeeping, clerical, and porter functions), providing appropriate technologies and equipment to improve efficiency, creating ergonomically efficient workplaces, and promoting nurse autonomy in all aspects of nursing practice.
5. Employers need to end practices that contribute to poor physical and mental health of nurses, including overuse practices (such as mandatory paid and unpaid overtime and callback, not permitting nurses to have adequate time off between shifts, not letting nurses take vacation, etc.).



et l'autonomie du personnel infirmier. Les employeurs, les syndicats et les gouvernements doivent élaborer et adopter des stratégies donnant à ce personnel des moyens d'agir et une plus grande autonomie.

4. Les gouvernements provinciaux, les employeurs et les syndicats infirmiers doivent élaborer des stratégies pour favoriser l'établissement de charges de travail adéquates pour le personnel infirmier, de systèmes de gestion de la charge de travail, d'initiatives de dotation novatrices (par exemple, une norme pour les ratios infirmières-patients), ainsi que de stratégies pour accroître la productivité du personnel infirmier, c'est-à-dire le décharger des tâches non infirmières (comme l'entretien ménager, les travaux administratifs et les fonctions de porteur d'hôpital), lui fournir les outils technologiques appropriés pour accroître l'efficacité, créer des lieux de travail bien pensés sur le plan de l'ergonomie et favoriser l'autonomie dans tous les aspects de la pratique de la profession infirmière.
5. Les employeurs doivent mettre fin aux pratiques qui nuisent à la santé physique et mentale du personnel infirmier, notamment les pratiques abusives : heures supplémentaires obligatoires, payées ou non, rappels au travail, période de repos insuffisante entre les quarts de travail, empêchement de prendre des vacances, etc.
6. Les employeurs doivent élaborer, en collaboration avec les parties prenantes du secteur des soins infirmiers, des mesures visant à maintenir en poste le personnel en milieu ou en fin de carrière. Exemples : programmes de formation continue, programmes pour encourager le

6. Employers, in concert with nursing stakeholders, need to develop retention initiatives for mid to late career nurses, such as continuing education, programs to encourage experienced nurses to participate in nursing education, differential benefit plans, and healthy work-life balance initiatives.
7. Employers, government and nursing unions need to work together to establish targets for recruitment, appropriate workloads, etc.
8. Employers need to focus on initiatives to retain and support novice nurses as they enter the workforce along with incentives to retain experienced nurses.
9. Governments and educational institutions need to focus on making nursing education programs viable and sustainable to meet long-term demands for nursing professionals. Attention to increasing the capacity of nursing programs to graduate more nurses by ensuring adequate funding, physical space, faculty, clinical placements, appropriate technology, etc. must be a priority.
10. Governments and employers should provide appropriate support (financial and other) to nursing students during their education as a way to facilitate the entry of recruits into the profession. Explicit targets for enrolments, funding (and other support), new faculty, etc. must be established by employers, educational institutions, governments and nursing unions. Particular emphasis must be placed on the recruitment of young people into the nursing profession, in particular First Nation, Inuit and Métis.

personnel expérimenté à participer à la formation, avantages sociaux différents et initiatives favorisant un sain équilibre travail-vie.

7. Les employeurs, le gouvernement et les syndicats infirmiers doivent travailler de concert à établir des objectifs de recrutement, des charges de travail adéquates, etc.
8. Les employeurs doivent s'attacher à prendre des mesures pour retenir et soutenir le personnel infirmier novice qui entre dans la vie active ainsi qu'à offrir des incitations pour retenir le personnel expérimenté.
9. Les gouvernements et les établissements d'enseignement doivent s'attacher à rendre durables les programmes de formation infirmière de façon à pouvoir répondre aux besoins à long terme en professionnels infirmiers. Veiller à accroître la capacité des programmes de formation infirmière afin d'augmenter le nombre d'infirmières diplômées, en fournissant le financement, l'espace, les professeurs et les moyens technologiques nécessaires, en garantissant des placements en milieu clinique, etc. doit être prioritaire.
10. Les gouvernements et les employeurs devraient procurer aux étudiants en sciences infirmières un soutien adéquat (financier et autre) afin de favoriser le recrutement. Des objectifs clairs quant aux inscriptions, au financement (et autres moyens de soutien), nouveaux professeurs, etc. doivent être établis par les employeurs, les établissements d'enseignement, les gouvernements et les syndicats infirmiers. On doit mettre particulièrement l'accent sur le recrutement des jeunes, surtout chez les Premières nations, les Inuits et les Métis.



## Regulated Nursing Professions: Quick Facts

There were 252,948 RNs employed in nursing in Canada in 2006. This represents an increase of 4.8% from 2003 to 2006.<sup>1</sup> There were 60,123 LPNs<sup>2</sup> and 5,132 RPNs<sup>3</sup> employed in nursing in Canada.

Of those practicing in a regulated nursing profession 79% were Registered Nurses (RN), 20% were Licensed Practical Nurses (LPNs) and less than 2% were Registered Psychiatric Nurses (RPNs).<sup>4</sup> (Registered Psychiatric Nurses (RPN) are licensed to practice in the four Western Provinces.)

Of the regulated nurses practicing in Canada approximately 60% worked in hospitals, 16% in long-term care facilities, 12% in community health settings, and 13% in other settings such as physicians' offices, private nursing agencies, educational institutions, and other agencies.<sup>5</sup>

Approximately 60% of regulated nurses worked in full-time positions and the remainder worked on a part-time basis.<sup>6</sup>



The majority of RNs were female, with males representing 5.6% of the total RN workforce in 2006.<sup>7</sup>

In 2005, RNs worked an estimated 349,800 hours per week (18.2 million hours annually) of paid and unpaid overtime – the equivalent of 10,054 full-time positions.<sup>8</sup>

In 2005, RNs working full time had a rate of absence due to illness

## Les professions infirmières réglementées : les faits en bref

En 2006, 252 948 infirmières et infirmiers autorisés (IA) travaillaient en soins infirmiers au Canada, ce qui représente une hausse de 4,8 % par rapport à 2003.<sup>1</sup> Actuellement, 60 123 IAA<sup>2</sup> et 5 132 IPA<sup>3</sup> exercent leur profession au Canada.

Parmi ceux et celles exerçant une profession infirmière réglementée, 79 % étaient des infirmières et infirmiers autorisés (IA), 20 % étaient des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et moins de 2 % étaient des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (IPA).<sup>4</sup> (Au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, la profession d'IPA est considérée comme distincte.)

Parmi le personnel infirmier réglementé qui exerçaient au Canada, environ 60 % travaillaient en milieu hospitalier, 16 % dans des établissements de soins de longue durée, 12 % dans le milieu de la santé communautaire et 13 % dans d'autres milieux comme les cabinets de médecin, les agences privées de soins infirmiers, les établissements d'enseignement, les administrations publiques et les associations.<sup>5</sup>

Environ 60 % des infirmières réglementées occupaient un emploi à temps plein tandis que les autres travaillaient à temps partiel.<sup>6</sup>

La majorité des IA étaient des femmes, les hommes représentant 5,6 % de la totalité des IA en 2006.<sup>7</sup>

En 2005, selon les estimations, les IA travaillaient 349 800 heures par semaine (18,2 millions d'heures par an) en temps supplémentaire, payé ou non – soit l'équivalent de 10 054 postes à plein temps.<sup>8</sup>

En 2005, chez les IA qui travaillaient à temps plein, le taux d'absentéisme lié aux maladies et blessures était supérieur de 58 % à celui de l'ensemble de la population active travaillant à temps plein

and injury, that was 58% higher than the rate found among the overall full-time employed labour force (7.9% compared with 5.0%). Moreover, when compared to 47 broad occupational categories, RNs had one of the highest rates of illness and absenteeism due to injury.<sup>9</sup> The cost of absenteeism in 2005 was estimated at \$9,455,000 weekly, or \$463,415,000 on an annual basis.<sup>10</sup>

The 2005 *National Survey of the Work and Health of Nurses* found that 57% of nurses felt that the quality of care delivered in the workplace remained the same, 27% reported a deterioration, and 16% an improvement. Sixty-seven percent of nurses who reported a decline in the quality of patient care cited inadequate staffing as a reason.<sup>11</sup>

Approximately half (50.5%) of the RN workforce in Canada graduated from their nursing program more than 20 years ago.<sup>12</sup>

According to 2006 figures, the vast majority of nurses (92.1%) graduated from a Canadian nursing program, the remainder (7.9%) graduated from an international nursing program.<sup>13</sup>

The number of nurses projected to retire in the coming ten years is significant. In 2006, 20.8% of Canada's nurses were over the age of 55, while 8% were over the age of 60 and 1.9% were over the age of 65.<sup>14</sup>

Almost half of nurses (48%) have experienced a needlestick injury or injury from a contaminated sharp object (e.g. scissors, scalpel, razor).<sup>15</sup>

Of those nurses working in a direct care setting, 29% reported being physically assaulted by a patient and 44% reported being emotionally abused by a patient.<sup>16</sup>



(7,9 % comparativement à 5 %). De plus, le taux d'absentéisme dû à des maladies et blessures chez les IA était l'un des plus élevés parmi 47 grandes catégories professionnelles.<sup>9</sup> Le coût de l'absentéisme en 2005 a été estimé à 9 455 000 \$ par semaine, ou 463 415 000 \$ par an.<sup>10</sup>

L'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 a révélé que 57 % des infirmières et infirmiers estimaient que la qualité des soins donnés dans le lieu de travail demeure inchangée, 27 %, qu'elle s'est détériorée et 16 % qu'elle s'est améliorée. Parmi ceux et celles qui ont fait état d'une détérioration, 67 % imputaient celle-ci à la réduction des effectifs.<sup>11</sup>

Environ la moitié (50,5 %) des IA du Canada ont obtenu leur diplôme en soins infirmiers il y a plus de 20 ans.<sup>12</sup>

Selon les chiffres de 2006, une grande majorité d'infirmières et d'infirmiers (92,1 %) ont obtenu leur diplôme d'un programme canadien de sciences infirmières et les autres (7,9 %) d'un programme à l'étranger.<sup>13</sup>

Il y a un nombre considérable d'infirmières et d'infirmiers qui envisagent de prendre leur retraite au cours des dix prochaines années. Au Canada, en 2006, 20,8 % du personnel infirmier avait plus de 55 ans, 8 % plus de 60 ans, et 1,9 % plus de 65 ans.<sup>14</sup>

Près de la moitié du personnel infirmier (48 %) a déclaré avoir été blessé par une aiguille ou un autre objet acéré contaminé (p.ex. des ciseaux, un scalpel, un rasoir).<sup>15</sup>

Parmi les infirmières et infirmiers qui dispensent des soins directs (cliniques), 29 % ont déclaré avoir été agressées physiquement par un patient, et 44 % avoir fait l'objet de violence psychologique de la part d'un patient.<sup>16</sup>

## 1.0 Introduction: Articulating the Problem

In the Canadian healthcare system – indeed in most health systems around the world – regulated nurses (Registered Nurses (RNs), Registered Psychiatric Nurses (RPNs) and Licensed Practical Nurses (LPNs)) comprise the largest group of paid healthcare professionals. Moreover, their role in the health system is integral to the delivery of quality health services. The nursing labour market, once characterized by cyclical periods of shortage and surplus, has progressed to a stage where there now exists a pervasive shortage of nursing human resources. In many jurisdictions and health service delivery areas this shortage is critical. This is resulting in cancelled surgeries, unmet health needs and longer waiting lists. The nursing shortage continues to make its presence known in the lives of nurses and those they serve.

The current nursing shortage did not appear overnight. Governments, researchers and leaders in health care have predicted the shortage for many years. A complex array of contributing factors have combined to form a “perfect storm.” This *A Renewed Call for Action: A Synthesis Report on the Nursing Shortage in*



**The CNA reports that in 2006 8,379 students graduated from ETP (entry-to-practice) programs, compared with only 5,642 in 2001 – a 48.5% increase. Their research suggests, however, that 12,000 graduates per year are needed to address the projected nursing shortage. ([www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca))**

**L'AIC fait savoir qu'en 2006 8 379 étudiants ont terminé leur programme EP (entrée dans la profession), comparativement à 5 642 en 2001 – ce qui représente une augmentation de 48,5 %. Toutefois, les résultats des recherches suggèrent qu'il faut 12 000 diplômés par année pour contrecarrer la pénurie prévue en effectifs infirmiers. ([www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca))**

### 1.0 Introduction : Exposé du problème

Dans le système de soins de santé canadien, comme dans ceux de la plupart des autres pays, le personnel infirmier réglementé (infirmières et infirmiers autorisés [IA], infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés [IPA] et infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés [IAA]) constitue le plus grand groupe de professionnels de la santé rémunérés. Son rôle est indispensable à la prestation de services de santé de qualité. Le marché de la main-d'œuvre infirmière, autrefois caractérisé par des cycles de pénurie et de surplus, a atteint un stade où la pénurie est omniprésente. Dans bien des provinces, territoires et régions sociosanitaires, la demande atteint un point critique. De ce fait, des interventions chirurgicales sont annulées, des besoins en soins de santé ne sont pas comblés et les listes d'attente sont plus longues. Les effets de la pénurie se font sentir dans la vie du personnel et des ceux qu'il sert.

La pénurie actuelle n'est pas apparue du jour au lendemain. Les gouvernements ainsi que les chercheurs et les leaders du secteur de la santé l'ont prédite depuis de nombreuses années. Une combinaison complexe de facteurs a provoqué « la tempête du siècle ». Le présent *Un nouvel appel à l'action : Un Rapport de synthèse sur la pénurie de personnel infirmier au Canada* passe en revue la littérature universitaire, les documents de politique produits par des organismes professionnels, des groupes de réflexion, des ONG ainsi que des documents de politiques provinciales ou territoriales

*Canada* is a review of current academic literature, policy documents produced by professional agencies, think-tanks, NGOs, and national and provincial/territorial policy documents that have examined the various aspects of the nursing workforce, with a particular emphasis on the nursing shortage. The extensive body of literature on the nursing shortage points in a unified direction – the problem of the nursing shortage is real and there is a need for immediate action.

This paper is intended to serve as the basis for a renewed call for action to remedy one of the most significant problems facing the Canadian healthcare system today. The specific objectives of this paper are twofold. First, it examines the nursing shortage and its ramifications on the delivery of safe and effective health care in Canada and the health and well-being of nurses. Second, this paper is intended to provide policy makers with a clear rationale and imperative for action.



qui ont traité de divers aspects de la main-d'œuvre infirmière, en insistant en particulier sur la pénurie de personnel infirmier. De la documentation abondante et détaillée qui existe à ce sujet se dégage une constatation commune : le problème de la pénurie de personnel est réel et nécessite des mesures immédiates.

Ce document est destiné à servir de fondement à un nouvel appel à l'action visant à remédier à l'un des problèmes les plus lourds de conséquences auxquels est aujourd'hui confronté le système de soins de santé canadien. Ce document a un double objectif : étudier la pénurie de personnel infirmier et ses répercussions sur la prestation de soins de santé efficaces au Canada ainsi que sur la santé et le bien-être des infirmières et constituer un appel à l'action, fournissant aux responsables des politiques une justification claire de la nécessité absolue d'agir.

## 2.0 The Extent of the Nursing Shortage: The Evidence

Nursing shortages of the previous 50 years were essentially a mismatch between the supply of nurses practicing in the field (along with the number of individuals enrolling and graduating from nursing programs and those leaving the nursing profession for a variety of reasons) and fluctuating demand factors brought about by variations in institutional budgets, rising wages and changes to utilization patterns.<sup>17</sup> In the past, when a shortage existed, it was a relatively simple process to increase the supply of nurses by increasing enrolment in nursing programs (2- or 3-year diploma programs) and by posting vacant nursing positions. During periods of surplus (or when nurses were laid off from their jobs due to changes in institutional budgets), market conditions dictated migration patterns to places where employment opportunities existed, e.g. overseas or in northern or remote communities, or to other professions. Enrolment in nursing schools typically dropped and the cycle continued. Shortages of the past, then, were of a relatively short duration. Anecdotally, practicing nurses refer to the current situation – a crisis of unprecedented proportions – as the result of cutbacks from the mid-1990s.

The current nursing shortage in Canada, however, is the result of a combination of interrelated factors



**67% of nurses who reported a decline in the quality of patient care cited inadequate staffing as a reason.**

**67 % des infirmières et infirmiers qui ont fait état d'une détérioration de la qualité des soins l'imputaient à la réduction des effectifs.**

### 2.0 L'ampleur de la pénurie de personnel infirmier : faits à l'appui

Au cours des 50 dernières années, une pénurie de personnel infirmier était essentiellement un écart entre le nombre d'infirmières et d'infirmiers exerçant la profession (ainsi que le nombre de personnes qui s'inscrivaient à des programmes de formation infirmière et obtenaient leur diplôme et celles qui délaissaient la profession pour diverses raisons) et des fluctuations de la demande occasionnés par des variations dans les budgets des établissements, l'augmentation des salaires et les changements dans les habitudes d'utilisation.<sup>17</sup> Par le passé, lorsqu'il y avait pénurie, il était relativement simple d'augmenter les effectifs infirmiers en augmentant le nombre d'inscriptions aux programmes de formation (débouchant sur un diplôme au bout de 2 ou 3 ans) et en annonçant les postes vacants. Durant les périodes de surplus (ou lorsque des infirmières ou infirmiers perdaient leur emploi en raison d'un changement dans le budget des établissements), les conditions du marché imposaient des migrations vers des endroits où existaient des emplois, comme à l'étranger ou dans les régions nordiques ou éloignées, ou bien un changement de profession. Les écoles de sciences infirmières enregistraient alors une baisse d'inscriptions et le cycle suivait son cours. Les pénuries antérieures étaient d'une durée relativement courtes. D'ailleurs, le personnel infirmier en exercice parle de la situation actuelle – qui découle des compressions effectuées au milieu des années 1990 – comme d'une crise aux proportions sans précédent.

Au Canada, cependant, la pénurie actuelle prend une tournure plus complexe et résulte, selon le niveau d'analyse, d'une combinaison de facteurs étroitement liés qui peuvent se résumer en gros comme suit :

that can be broadly summarized as follows:

- a) **Supply:** retention of nurses, recruitment of individuals into the nursing profession, migration patterns of nurses within Canada and migration of nurses to (and from) Canada, production of nurses through education programs, re-entry programs and productivity;
- b) **Demand:** changing population demographics and disease trends, utilization patterns, changing scopes of practice of health professionals, changing technology, and inter-professional collaboration or competition among health professions;
- c) **Work-life:** workload management, compensation and benefits, workplace safety, workplace violence, managing stress, burnout, turnover, physical and mental health of nurses, changing practice patterns, an ageing workforce, relationships with other health professions, among others;
- d) **Other:** the structure and delivery of provincial and territorial health



- a) **L'offre :** recrutement de personnes dans la profession infirmière, maintien en poste du personnel infirmier, tendances des migrations des infirmières et infirmiers à l'intérieur du Canada ainsi que du Canada vers d'autres pays et vice-versa, formation de personnel infirmier par les programmes d'enseignement, programmes de réintégration au marché du travail et productivité;
- b) **La demande :** changements démographiques, changements dans les tendances des maladies, les profils d'utilisation et les champs de pratique des professionnels de la santé, changements technologiques et collaboration interprofessionnelle ou concurrence entre les professions de la santé;
- c) **La qualité de vie au travail :** entre autres, gestion de la charge de travail, rémunération et avantages sociaux, sécurité des lieux de travail, violence en milieu de travail, gestion du stress, épuisement professionnel, roulement du personnel, santé physique et psychique du personnel infirmier, modification des champs de pratique, vieillissement de la main-d'œuvre, relations avec les autres professions de la santé;
- d) **Autres :** structure et prestation des services de santé à l'échelon provincial et territorial, politiques de santé provinciales, territoriales, nationales et planétaires, image de la pratique infirmière en tant que profession, manque d'initiatives politiques efficaces

services, provincial, territorial, national and global health policy, the image of nursing as a profession, a lack of effective policy initiatives to ameliorate the nursing shortage, changing public expectations and changing political landscapes.

Outlining the extent of the nursing shortage – in terms of actual numbers of nurses required to meet current needs – is subject to debate and is dependent in large part on the planning assumptions used to forecast need. For example, the Canadian Nurses Association in 2002 predicted that, if past workforce patterns continue, Canada will experience a shortage of 78,000 RNs by 2011 and 113,000 RNs by 2016.<sup>18</sup> Research in this area is ongoing.

In a review of this nature it is not possible to present and examine every aspect and contributing factor associated with the nursing shortage. We will, therefore, focus on four particularly challenging aspects of the nursing shortage: increasing the supply and productivity of nurses, addressing the effects of the ageing population, the special challenges faced by rural, northern and remote populations, and attending to nursing work-life issues.



visant à remédier à la pénurie de personnel infirmier, évolution des attentes du public et des paysages politiques.



**The average age of an RN employed in nursing in 2005 was 44.7; that's up from an average age of 43 in 2001, 42 in 1996 and 39 in 1991. ([www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca))**

**En 2005, l'âge moyen des infirmières (travaillant en soins infirmiers) était de 44,7 ans, ce qui représente une hausse par rapport à 43 en 2001, 42 en 1996 et 39 en 1991. ([www.cna-aiic.ca](http://www.cna-aiic.ca))**

Décrire l'étendue de la pénurie de personnel infirmier – par le nombre exact d'infirmières et d'infirmiers nécessaire pour répondre aux besoins actuels – prête à discussion et dépend en bonne partie des hypothèses de planification utilisées pour prévoir les besoins. Par exemple, en 2002, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada prédisait que si les tendances de la main-d'œuvre se maintenaient, le Canada serait confronté à une pénurie de 78 000 infirmières et infirmiers d'ici 2011, et de 113 000 d'ici 2016.<sup>18</sup> Les recherches à ce chapitre se poursuivent.

Un rapport comme celui-ci ne peut examiner ni présenter tous les aspects de la pénurie de personnel infirmier ni tous les facteurs qui y contribuent. Nous nous pencherons donc principalement sur quatre aspects particulièrement difficiles de cette pénurie : accroître l'offre d'effectifs infirmiers et leur productivité, s'attaquer aux effets du vieillissement démographique, s'employer à résoudre les difficultés particulières aux régions rurales, nordiques et éloignées et s'occuper des problèmes de qualité de vie au travail du personnel infirmier.

## 2.1 Increasing the Supply and Productivity of Nurses

There are several approaches to maintain or increase the supply of nurses including, for example, producing more graduates from nursing schools, increasing the recruitment of international nurses, encouraging nurses to remain in practice after the age of retirement, encouraging nurses who are no longer registered to enrol in a re-entry to practice program and encouraging nurses to remain in the profession by addressing a multitude of issues such as staffing, attending to non-nursing-related duties, among others.

Increasing the supply of nurses also includes attending to those factors that influence the retention of nurses who are already working in the field, ensuring that nurses are able to work efficiently and autonomously in a professional environment and ensuring that nurses are working in settings where their services are matched to meet the health needs of populations. Government and health organizations have implemented strategies to increase the available supply of nurses, with varying degrees of success.

The number of RNs employed in nursing in 2006 in Canada was 252,948. This represents an increase of 4.8% in the time period from 2003 to 2006.<sup>19</sup> See *Figure 1*.<sup>20</sup> Yet, the ratio of nurses to the general population has decreased.

The Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) figures for 2007 indicate that “There were 10.0 qualified nurses per 1,000 population



## 2.1 Accroître l'offre d'effectifs infirmiers et leur productivité

Il existe plusieurs moyens de maintenir ou d'augmenter l'offre d'effectifs infirmiers et leur productivité, par exemple : produire davantage d'infirmières et d'infirmiers diplômés, recruter davantage de personnel infirmier de l'étranger, encourager les infirmières et infirmiers à continuer d'exercer après l'âge de la retraite, encourager celles et ceux qui n'ont plus leur autorisation à s'inscrire à un programme de réinsertion dans la profession, encourager le personnel infirmier à rester dans la profession en réglant maints problèmes, comme ceux de la dotation et de l'exécution de tâches non liées aux soins infirmiers.

Pour accroître l'offre d'effectifs infirmiers, il faut aussi tenir compte des facteurs susceptibles d'influer sur le maintien en poste du personnel infirmier, procurer à ce personnel un environnement professionnel où il peut travailler efficacement et de manière autonome et faire en sorte qu'il travaille dans un milieu où ses services correspondent aux besoins de santé des populations. Le gouvernement et les organisations de santé ont mis en œuvre, avec plus ou moins de succès, des stratégies visant à accroître le nombre d'infirmières et infirmiers disponibles.

En 2006, le nombre d'IA employés dans le domaine des soins infirmiers au Canada était de 252 948, ce qui représente une hausse de 4,8 % par rapport à 2003.<sup>19</sup> Voir *Figure 1*.<sup>20</sup> La taille de l'effectif infirmier par rapport à celle de la population a diminué.

Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour l'année 2007, « Il y avait, en 2005 au Canada, 10,0 infirmières qualifiées pour 1 000 habitants,



in Canada in 2005, a higher figure than the average of 8.6 in OECD countries. However, the number of nurses per capita *decreased* in Canada since 1990, while it increased in most other countries.”<sup>21</sup>

Regarding the educational preparation of Registered Nurses in Canada, the Canadian Institute for Health Information reports that:

*In the 2006 RN workforce, a total of 83,704 RNs had obtained a baccalaureate degree as their highest education in nursing. Of these, 49.9% (41,804) initially earned a diploma in*

Figure 1. Cumulative Percentage Growth in the Number of RNs Employed in Nursing since 1980, Canada, 1980-2006

Notes:

Figure 1 uses 1980 as the base year. Yearly figures are calculated as a percentage change from the 1980 total. The apparent decrease in 1988 is largely attributed to a substantial increase in the number of “not stated” records in the Ontario data for that year.

The increase in 2000 is partially attributed to the identification of comparatively fewer duplicates in the Ontario and Quebec data that year.

The increase in 2003 is largely attributed to methodological changes in the submission of Ontario and Quebec data that year.

Source: RNDB, CIHI

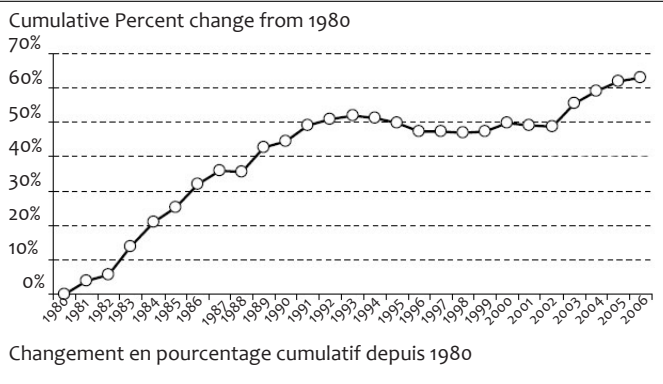


Figure 1. Pourcentage cumulatif de la croissance du nombre d’IA employées en soins infirmiers depuis 1980, Canada, 1980-2006

Remarques :

Dans la figure 1, 1980 est l’année de référence. Les chiffres annuels sont calculés en tant que changement de pourcentage par rapport au total de l’année 1980.

La diminution apparente de 1988 est grandement attribuable à une augmentation substantielle du nombre d’enregistrements « Non précisé » dans les données de l’Ontario pour cette année-là.

L’augmentation de 2000 est partiellement attribuable à la détermination d’un nombre comparativement inférieur de doubles dans les données de l’Ontario et du Québec cette année-là.

L’augmentation de 2003 est principalement attribuable aux changements méthodologiques dans la soumission des données de l’Ontario et du Québec cette année-là.

Source : BDIAA, ICIS

ce qui est supérieur à la moyenne de 8,6 pour les autres pays membres de l’OCDE. Toutefois, au Canada, depuis 1990, le nombre d’infirmières et d’infirmiers par habitant a baissé, alors qu’il a augmenté dans la plupart des autres pays. »<sup>21</sup>

Pour ce qui est de la formation du personnel infirmier autorisé au Canada, l’Institut canadien d’information sur la santé signale ce qui suit :

*En 2006, le baccalauréat était le degré de formation infirmière le plus élevé que détenaient 83 704 IA, dont 49,9 % (41 804) avaient d’abord obtenu un diplôme en sciences infirmières, puis étaient retournés aux études pour obtenir un baccalauréat; les autres, soit 50,1 % (41 900), avaient obtenu leur baccalauréat avant de commencer à exercer. Par ailleurs, 6 736 IA détenaient une maîtrise ou un doctorat.*<sup>22</sup> (Traduction libre)

*nursing, then returned to school for a baccalaureate degree; the remaining 50.1% (41,900) earned a baccalaureate degree before entering nursing practice. In addition, a total of 6,736 RNs obtained either a Master's or Doctorate degree as their highest education in nursing.<sup>22</sup>*

According to 2005 figures, the number of students enrolled in nursing programs (Diploma and Baccalaureate) in Canada has increased from 34,914 in 2001 to 35,829. The number of entry level graduates has increased from 5,642 in 2001 to 8,018 in 2005. See *Table 1*.

There is a need for policy-makers to be concerned about the number of nurses practicing in the health system as well as their level of experience and education. Linda McGillis Hall points out that there is substantial theoretical evidence to suggest that the parameters of nurse staffing (e.g. staffing levels and mix, educational preparation and levels of experience, etc.) do influence patient outcomes.<sup>23</sup> Data indicate that, while the supply of nurses entering practice is increasing, attrition from the field remains an ongoing problem. Increasing the numbers of new graduate nurses may not be sufficient to overcome the exodus of nurses from the profession due to retirement or work-life issues, or, in particular the problem of novice nurses leaving the profession after only a few years in practice.<sup>24</sup> While the



**“It is unacceptable to work in, receive care in, govern, manage and fund unhealthy healthcare workplaces.”** (*Within Our Grasp: A Healthy Workplace Action Strategy for Success and Sustainability in Canada's Healthcare System, Quality Worklife – Quality Healthcare Collaborative, 2007, p.i*)

**« [Il est] inacceptable de financer, de gouverner ou de diriger des établissements de santé malsains tout autant que d'y travailler ou d'y recevoir des soins. »** (À notre portée – Une stratégie d'action visant un système canadien de soins de santé efficace et viable grâce à un milieu de travail sain, 2007, Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité, p. i)

Selon les chiffres de 2005, le nombre d'étudiants inscrits aux programmes de formation infirmière (diplôme et baccalauréat) au Canada est passé de 34 914 en 2001 à 35 829. Quant au nombre de diplômés au niveau d'entrée, il est passé de 5 642 en 2001 à 8 018 en 2005. Voir *Tableau 1*.

Les responsables des politiques doivent tenir compte du nombre d'infirmiers et d'infirmières qui exercent au sein du système de santé ainsi que de leur degré d'expérience et de leur niveau d'études. Linda McGillis Hall fait remarquer qu'il existe des preuves théoriques substantielles permettant de penser que les caractéristiques de la dotation en personnel infirmier (niveaux et structure de dotation, formation, degrés d'expérience, etc.) influe réellement sur la qualité des résultats par les patients.<sup>23</sup> Selon les données, si le nombre d'infirmières et d'infirmiers qui commencent à exercer augmente, la réduction naturelle des effectifs demeure un problème. Augmenter le nombre de nouveaux diplômés ne suffirait peut-être pas à enrayer l'exode dû aux départs à la retraite et aux questions de qualité de vie au travail ni à régler, en particulier, le problème du départ du personnel infirmier débutant après seulement quelques années d'exercice.<sup>24</sup> Bien que la pénurie actuelle soit plutôt généralisée, elle se fait particulièrement sentir dans certains secteurs, comme les localités rurales et du Nord ainsi que les unités spécialisées comme celles des soins intensifs et des soins de longue durée et les salles d'urgence.

Table 1 Enrolments and Graduates by Type of Nursing Program in Canada 2001-2005 <small>[Excerpted from Canadian Institute for Health Information (2007). Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2006. Ottawa. ISBN 978-1-55465-126-9 (PDF), p.22.]</small>						
	Diploma	Baccalaureate	Post-RN Baccalaureate	Masters	Doctoral	Nurse Practitioner
2001						
Enrolment	15,788	19,126	5,993	1,802	161	332
Graduates	3,093	2,549	1,188	303	20	70
2005						
Enrolment	6,081	29,748	9,123	2,706	390	879
Graduates	2,930	5,088	1,791	465	39	178

**Notes for Table 1:**

1. Enrolment refers to the number of students enrolled in each year of the program.
2. Graduate refers to the number of students who successfully graduated from the program.
3. Diploma includes Diploma, Diploma Exit, Diploma Bridge to RN, DEC.
4. Baccalaureate includes Standard, Generic, Collaborative, Accelerated, Fast Track, Advanced, Compressed, Technology in Nursing, and Psychiatric Nurse to RN Baccalaureate.
5. Post-RN Baccalaureate includes Post-RN Baccalaureate, DEC BACC.
6. Master's includes Master's in Nursing.
7. Doctoral includes Doctorate in Nursing.
8. Nurse Practitioner (NP) includes NP, BSCN/NP Integrated, Post-RN/NP Integrated, MN/NP. For the year 2005, the BSCN/NP and Post-RN NP integrated program were not reported.

Tableau 1 Admissions, effectifs et diplômées, selon le type de programme en soins infirmiers, Canada 2001-2005 <small>[Extrait de Institut canadien d'information sur la santé (2007). Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006. Ottawa. ISBN 978-1-55465-126-9 (PDF), p.24.]</small>						
	Diplôme	Baccalauréat	Baccalauréat – Programme professionnel	Maîtrise	Doctorat	Infirmières praticiennes
2001						
Effectifs	15,788	19,126	5,993	1,802	161	332
Diplômé(e)s	3,093	2,549	1,188	303	20	70
2005						
Effectifs	6,081	29,748	9,123	2,706	390	879
Diplômé(e)s	2,930	5,088	1,791	465	39	178

**Remarques sur Tableau 1 :**

1. La catégorie Effectifs fait référence au nombre d'étudiantes inscrites dans chaque année d'un programme donné.
2. La catégorie Diplômées fait référence au nombre d'étudiantes qui ont obtenu leur diplôme.
3. La catégorie Diplôme comprend les programmes suivants : diplôme, option de sortie pour le diplôme, requalification pour infirmières auxiliaires voulant devenir infirmières autorisées/immatriculées, requalification pour infirmières auxiliaires autorisées/immatriculées voulant devenir infirmières autorisées/immatriculées et programme menant à un DEC.
4. La catégorie Baccalauréat comprend les programmes de baccalauréat suivants : normal; général; en collaboration; intensif; accéléré; avancé; comprimé; technique en sciences infirmières et requalification pour infirmières voulant obtenir le titre d'infirmière autorisée/immatriculée en passant le baccalauréat en sciences infirmières.
5. La catégorie Baccalauréat-programme professionnel comprend le programme professionnel pour infirmières déjà autorisées/immatriculées et le DEC BACC.
6. La maîtrise comprend les programmes de maîtrise.
7. Le doctorat comprend les programmes de doctorat.
8. Les programmes d'infirmières praticiennes comprennent les programmes menant à un certificat, au Bac. sc. inf./certif. IP intégrés, au Bac. inf. aut./certif. IP intégrés et à la maîtrise. Pour l'année 2005, les programmes menant à un certificat, au Bas.sc.inf./certif. IP intégrés, au Bac. Inf.aut/certif. IP intégrés n'ont pas été recueillies.

current nursing shortfall is generally widespread, there are areas where it is more acute, for example in northern and rural communities, and in specialty areas such as the emergency room, long-term care, and critical care units.

Increasing productivity of nurses in the workplace is another way to address the inadequate supply of nurses. In this sense, productivity does not mean working nurses harder, but rather ensuring nurses are working efficiently and more autonomously in the work setting. This can be accomplished



**While recognizing the right of nurses to migrate, the International Council of Nurses stresses that over-aggressive international recruitment policies can have detrimental effects: “The goal is to have self-sustainable national nursing workforces, which acknowledge the contribution of international professionals yet guarantee a stable core of care providers to meet health needs.” (Background, *Ethical Nurse Recruitment, Position Statement of the International Council of Nurses, 2001*)**

**Bien que reconnaissant le droit aux infirmières d’émigrer, le Conseil international des infirmières souligne que les politiques de recrutement international outrancières peuvent avoir des effets néfastes : « L’objectif doit être de disposer de forces de travail infirmières autosuffisantes au niveau des États, c’est-à-dire d’instaurer des systèmes capables de générer, à l’interne, un nombre de prestataires de soins de santé suffisant pour répondre aux besoins de santé – tout en tenant compte de la contribution potentielle de professionnels recrutés sur le marché international de l’emploi. » (Information de base, *Le recrutement déontologique des infirmières, Prise de position du Conseil international des infirmières, 2001*)**

by providing access to appropriate technologies, limiting non-nursing-related duties (e.g. porter, clerical functions, etc.), providing ergonomically efficient workspaces and ensuring an appropriate staffing mix so that nurses can work efficiently.<sup>25</sup> It makes no practical sense to have nurses performing duties that could be adequately performed by individuals with lesser levels of training, – nurses should not be performing non-nursing duties. At the same time, however, it is not in the interests of providing quality patient care – indeed it is inappropriate – for employers to replace nurses with personnel who are not appropriately trained.

Accroître la productivité est une autre manière de contrer la pénurie de ressources infirmières. Il ne s’agit pas d’exiger que le personnel redouble d’efforts, mais plutôt de faire en sorte qu’il travaille de manière efficace et plus autonome. Pour ce faire, il faut lui donner accès aux moyens technologiques appropriés, limiter le nombre de tâches non liées aux soins infirmiers (fonctions de porteur d’hôpital, travaux administratifs, etc.), procurer des lieux de travail bien pensés sur le plan de l’ergonomie et assurer une composition équilibrée des effectifs de sorte que le personnel puisse travailler efficacement.<sup>25</sup> Par exemple, il n’est pas logique d’un point de vue pratique de donner au personnel infirmier des tâches qui peuvent très bien être accomplies par des personnes ayant un degré de formation moins élevé; le personnel infirmier ne devrait pas avoir à exécuter des tâches non liées aux soins infirmiers. De même, remplacer des infirmières par du personnel qui n’est pas adéquatement formé ne saurait favoriser la prestation de soins de qualité.

### A Global Shortage

It is well documented that the impact of the nursing shortage is not limited to Canada and the United States. There is a global shortage of nurses.<sup>26 27 28</sup> Canada, the United States and other developed countries are investing significant resources to recruit nurses from abroad to mitigate their shortages. This, in turn, is having the untoward effect of depleting other countries of a valuable resource and potentially adversely affecting the health and well-being of those populations. There is a growing ethical debate regarding the recruitment of nurses from other countries.<sup>29 30</sup>

While recruiting nurses from abroad may be viewed by some as an acceptable way to increase the available supply, nurses educated abroad account for a relatively small proportion of nurses in Canada. According to 2006 figures, the vast majority of nurses (92.1%) graduated from a Canadian nursing program, the remainder (7.9%) graduated from an international nursing program.<sup>31</sup>



### Pénurie mondiale

Il est bien établi que le Canada et les États-Unis ne sont pas les seuls pays à subir les conséquences d'une pénurie de personnel infirmier. Il s'agit d'un phénomène mondial.<sup>26 27 28</sup> Le Canada, les États-Unis et les autres pays développés investissent des ressources substantielles pour recruter du personnel infirmier de l'étranger afin de contrer la pénurie. Cette pratique a en retour le fâcheux effet de priver d'autres pays d'une précieuse ressource et de risquer de nuire à la santé et au bien-être de leur population. Le recrutement de personnel infirmier d'autres pays fait de plus en plus l'objet de débats éthiques.<sup>29 30</sup>

Bien que certains considèrent le recrutement de personnel infirmier de l'étranger comme un moyen acceptable d'augmenter les effectifs, le personnel formé ailleurs représente une faible part du personnel infirmier au Canada. Selon les chiffres de 2006, la grande majorité des infirmières et infirmiers (92,1 %) ont obtenu leur diplôme de programmes canadiens, les autres (7,9 %) l'ont obtenu d'un programme de pays étranger.<sup>31</sup>

## 2.2 Population Demographics: An Ageing Population

The nursing shortage has been, and will continue to be, significantly influenced by the ageing of the Canadian population. While in 2005 Canada's population was younger in comparison to other G8 countries, it is expected to age more rapidly in the coming years as a direct result of a combination of factors that include: the "baby boom" that occurred in the period immediately following the Second World War, the decline in fertility that followed, and increasing longevity.<sup>32</sup>

The same forces that are contributing to an ageing of the Canadian population are also mirrored in the nursing population. The average age of RNs in Canada continues to show a trend towards an overall ageing of the nursing population. The average age of an RN in 2006 was 45.0 years, an increase of 0.5 years from 2003.<sup>33</sup> In the period between 2003 and 2006 the average age has increased in all provinces, with the exception of Quebec. There were more RNs aged 55–59 years

in the workforce in 2006 than RNs aged 30–34 years, and 20.8% of the RN workforce in Canada was aged 55 years or older. See *Figure 2.*<sup>34</sup>



## 2.2 Données démographiques : une population vieillissante

La pénurie de personnel infirmier est et continuera d'être en bonne partie liée au vieillissement de la population. Alors qu'en 2005 la population canadienne était plus jeune que celle des autres pays du G8, on s'attend à ce qu'elle vieillisse plus rapidement au cours des prochaines années, du fait d'une combinaison de facteurs, dont le baby-boom qui a suivi la Seconde Guerre mondiale, le déclin de la fécondité subséquent et l'accroissement de la longévité.<sup>32</sup>

Les facteurs à l'origine du vieillissement de la population canadienne touchent aussi l'effectif infirmier. La moyenne d'âge des IA au Canada continue d'indiquer une tendance vers le vieillissement de la population infirmière. En 2006, l'âge moyen des IA était de 45,0 ans, ce qui représente une hausse de 0,5 an par rapport à 2003.<sup>33</sup> De 2003 à 2006, la moyenne d'âge a augmenté dans toutes les provinces, sauf au Québec. En 2006, les IA de 55 à 59 ans étaient plus nombreux que ceux de 30 à 34 ans, et 20,8 % de la main-d'œuvre canadienne d'IA était âgée de 55 ans et plus. Voir *Figure 2.*<sup>34</sup>

En outre, environ la moitié d'entre eux (50,5 %) ont obtenu leur diplôme initial il y a plus de 20 ans. Environ le quart (25,4 %) de la main-d'œuvre de 2006 a obtenu son diplôme après 1994.<sup>35</sup>

Il est difficile de calculer ou de prédire l'âge moyen pour les départs à la retraite, car il n'y a pas d'unanimité quant à la définition du terme « retraite ». En effet, sa définition ou ses paramètres

In addition, approximately half (50.5%) graduated from their initial registered nursing program more than 20 years ago. About one-quarter (25.4%) of the 2006 workforce graduated after 1994.<sup>35</sup>

It is difficult to calculate or predict an “average age of retirement” because there is no consistent definition that accurately reflects “retirement.” The definition or parameters that define “retirement” may vary among jurisdictions and among individuals.<sup>36</sup> Therefore, depending on planning assumptions (anticipated age of retirement, etc.) the number of nurses projected to retire in a given time period can vary. What is clear is that the number of nurses above the ages of 55, 60

Figure 2. Percentage Distribution of RN Workforce by Age Group, Canada, 2003 and 2006

Note: RNs not stating their Year of Birth (2003, n = 23; 2006, n = 1) are excluded from this figure.

Source: RNDB, CIHI.

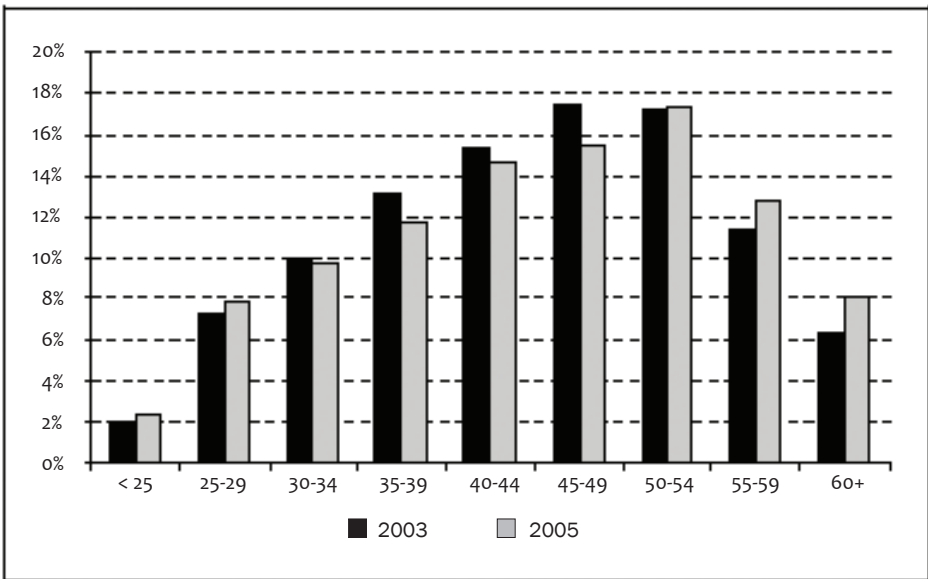


Figure 2. Répartition en pourcentage des IA selon le groupe d’âge, Canada, 2003 et 2006

Remarque : Les IA n’ayant pas fourni leur année de naissance (2003, n = 23; 2006, n = 1) sont exclus de la figure 4.

Source : BDIAA, ICIS

peuvent varier selon les province ou les territoires et selon les personnes.<sup>36</sup> Par conséquent, selon les hypothèses de planification (âge prévu de la retraite, etc.), le nombre d’infirmières et d’infirmiers qui, d’après les prévisions, prendront leur retraite sur une période donnée peut varier. Une chose est certaine : le nombre d’infirmières de plus de 55, 60 et 65 ans au Canada est considérable et donne une bonne idée de la perte d’infirmières et infirmiers praticiens qui se produira au cours des prochaines années. En 2006 au Canada, 20,8 % du personnel infirmier était âgé de plus de 55 ans, 8 % avait plus de 60 ans, et 1,9 %, plus de 65 ans.<sup>37</sup>

La capacité des écoles de sciences infirmières à accroître le nombre de diplômées dépend en grande partie de la possibilité de disposer de suffisamment d’enseignants qualifiés. Les problèmes créés par le vieillissement de la main-d’œuvre infirmière deviennent plus évidents et plus sérieux lorsqu’on considère la difficulté à recruter des enseignants possédant une maîtrise ou un doctorat,

and 65 across Canada is significant and reflects the potential loss of practitioners from the field in the coming years. In Canada in 2006, 20.8% of nurses were over the age of 55, 8% were over the age of 60 and 1.9% were over the age of 65.<sup>37</sup>

The ability of nursing schools to increase the output of graduates is dependent in large part on having sufficient numbers of qualified nursing faculty. The problems created by an ageing nursing workforce become more evident and



**“We are all called to see with new eyes, hear with new ears, dare with new thinking, and act with new passion if we are to help create a truly strong and responsive health system in Canada.”**  
(Sister Elizabeth Davis, *Leveraging Knowledge: Tools and Strategies for Action*, Report of the 7th CHSRF Annual Invitational Workshop, Montreal, QC, 2005, Available: [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca))

**« Nous devons voir avec de nouveaux yeux, entendre avec de nouvelles oreilles, oser soumettre de nouvelles idées et agir avec une passion renouvelée, si nous voulons créer un réseau de santé vraiment fort, qui réponde aux besoins des Canadiens. »**  
(Sœur Elizabeth Davis, *Tirer avantage des connaissances – Outils et stratégies*, Rapport sur le septième atelier annuel sur invitation de la FCRSS, Montréal, Québec, Consultable à [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca))



car les enseignants aussi vieillissent.<sup>38 39</sup> Le recrutement d'enseignants constitue un défi permanent pour la plupart des écoles de sciences infirmières, surtout pour certains domaines de spécialité.

*Les secteurs où les écoles ont le plus de difficulté à dénicher des enseignants spécialisés sont en ordre : soins infirmiers en santé mentale et en psychiatrie, soins infirmiers obstétricaux/soins infirmiers maternels et infantiles et familiaux, soins infirmiers pédiatriques et infantiles, soins infirmiers de santé publique et en milieu communautaire, soins infirmiers de courte durée et médicaux-chirurgicaux ainsi que soins infirmiers intensifs. Entre 12 à 18 écoles ont indiqué avoir éprouvé de la difficulté à recruter des candidats dans ces domaines. Quelques écoles ont mentionné avoir eu du mal à trouver des enseignants professeurs qui ont une expertise en soins gériatriques et gérontologiques, en recherche et en sciences.<sup>40</sup>*

Les écoles de sciences infirmières ne pourront accroître leur capacité d'augmenter le nombre d'infirmières diplômées que si elles peuvent recruter et retenir davantage de professeurs en sciences infirmières qualifiés et si elles offrent des locaux et des stages cliniques (enseignants cliniques et précepteurs compris) permettant de répondre aux besoins de davantage d'étudiants.



more serious when one considers the challenges associated with recruiting nursing faculty that are prepared at the graduate and doctoral levels because nursing faculty are also ageing.<sup>38,39</sup> Recruiting nursing faculty remains an ongoing challenge for most nursing schools, especially for certain specialty areas.

*The fields in which schools had most difficulty finding faculty members with expertise are, in order: mental health/psychiatric nursing, obstetrics/maternal–infant/family nursing, pediatric/child nursing, public health/community nursing, and acute care/medical surgical/critical care nursing. Anywhere from 12 to 18 schools reported having had difficulty in finding recruits in these areas. A few schools indicated that it was difficult to find faculty with expertise in geriatrics/gerontological nursing, research, and science.<sup>40</sup>*



Nursing schools can only increase their capacity to graduate more nurses if they are able to recruit and retain more qualified nursing faculty and if they have the physical space and clinical placements (including clinical instructors and preceptors) to accommodate additional students.

An ageing population will also translate into greater demands for health services. Though many people

Par ailleurs, le vieillissement de la population se traduit par une demande accrue de services de santé. En outre, même si bien des gens qui vieillissent demeureront en bonne santé, il est certain qu'avec l'âge, les individus risquent davantage de connaître un large éventail de problèmes de santé, tant chroniques qu'aigus. Dans son article intitulé *Presentation of Illness in Older Adults*, la Dre E J Amella conclut : « Malgré les recherches en cours, un fait demeure indéniable : les changements dans la composition générale du corps caractérisent le vieillissement ».<sup>41</sup> Le stress imposé au système de soins de santé se manifeste dans divers secteurs, dont ceux des régimes d'assurance médicaments, des soins de services de longue durée, de soins palliatifs et de soins de fin de vie ainsi que de soins à domicile.<sup>42 43 44 45</sup> Dans la plupart des provinces et territoires, le système de santé connaît déjà un accroissement de la demande de soins de longue durée et d'autres ainsi que des niveaux de soins particuliers.

En Nouvelle-Écosse, par exemple, le *Corpus Sanchez Report (Provincial Health Services Operational Review)* soulignait récemment que, « Au cours de l'étude, les Autorités sanitaires de district (ASD) ont déclaré que 42 % des lits des hôpitaux régionaux sont occupés par des personnes nécessitant des soins dans un autre établissement ».<sup>46</sup> Il s'agit (typiquement) de patients âgés, souvent atteints de problèmes de santé multiples, qu'on appelle péjorativement « monopolisateurs de lits » (bed blockers), parce qu'ils attendent un transfert vers un secteur de soins approprié. Ils ont souvent besoin de soins infirmiers de niveaux divers et peuvent soumettre le personnel infirmier et l'organisation à des pressions supplémentaires. L'aggravation de cette situation oblige les organisations de santé à chercher de nouveaux moyens de prodiguer des soins,

will continue to enjoy good health, it is clear that as individuals age they are also at an increased risk for developing a wide range of health problems, both chronic and acute. Dr. EJ Amella, in her article "Presentation of Illness in Older Adults," concluded: "While research continues, one fact is incontrovertible: changes in overall body composition are a hallmark of ageing."<sup>41</sup> The added stress on the healthcare system will manifest itself in various ways, including pharmacare programs, long-term care, palliative and end of life care and home care services, among others.<sup>42,43,44,45</sup> In most jurisdictions the health system is already seeing an increase in demand for long-term and alternative levels of care.

In Nova Scotia for example, the recent *Corpus Sanchez Report (Provincial Health Services Operational Review)* reported that, "During the review, the DHAs [District Health Authorities] reported that up to 42% of the beds in regional hospitals are now occupied by people who require care in a different setting."<sup>46</sup> These (typically) elderly patients, often with multiple health problems, are referred to pejoratively as "bed blockers," because they are awaiting transfer to a more appropriate level of care. They often require different levels of nursing care and can place additional demands on nursing staff and the organization. This worsening situation obliges health organizations to search

for new ways to deliver health care, utilizing "best practices," appropriate technologies, innovative practices in primary health care, illness prevention and health promotion.



faisant appel aux « pratiques exemplaires », aux moyens technologiques appropriés et aux pratiques innovatrices en soins de santé primaires, ainsi qu'à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé.

## 2.3 Rural, Northern and Remote Populations

The nursing shortage is affecting vulnerable segments of our society – those who are at an “...increased relative risk of harm”<sup>47</sup> – at disproportionate levels. These include, for example, the health of rural, northern and remote communities, many populated by First Nation, Inuit and Métis peoples. It is well documented that people living in rural communities generally experience poorer health than their urban counterparts.<sup>48 49</sup> Moreover, this difference in health status is more pronounced the further a rural community is from an urban area, i.e. the more remote the place of residence, the greater likelihood those residents will have poor health compared to their urban counterparts. This phenomenon is evinced by a wide variety of measures including, for example, shorter life expectancies, higher rates of disability and chronic disease, higher rates of obesity, depression, smoking, high blood pressure, accidents, poisonings, infant mortality, and violence.<sup>50 51 52</sup> It is also well documented that the health of First Nations, Inuit and Métis peoples is poor, relative to non-Aboriginal peoples.<sup>53 54</sup>



Rural and remote communities historically have experienced the untoward effects of nursing shortages and benefited from periods of surplus. When there are fewer nursing vacancies in urban settings, nurses tend to seek

### 2.3 Populations rurales, nordiques et éloignées

La pénurie touche aussi démesurément les segments de population vulnérables de la société, soit ceux à « ...risque relatif accru ».<sup>47</sup> Ce sont entre autres les communautés rurales, nordiques ou éloignées, dont beaucoup sont habitées par des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Il est bien établi que la santé des populations rurales est en général moins bonne que celle des populations urbaines.<sup>48 49</sup> Plus la communauté rurale est éloignée d'une zone urbaine, plus cette différence est prononcée; c'est-à-dire que plus le lieu de résidence est isolé, éloigné, plus les résidents sont susceptibles d'être en mauvaise santé, comparativement à ceux des villes. Ce phénomène est manifeste dans un large éventail d'indications : espérance de vie réduite, pression artérielle élevée, taux plus élevés d'incapacité et de maladies chroniques ainsi que d'obésité, de dépression, de tabagisme, d'accidents, d'empoisonnements, de mortalité infantile et de violence.<sup>50 51 52</sup> En outre, il est bien établi que la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis est médiocre comparativement à celle des personnes non autochtones.<sup>53 54</sup>

Par le passé, les communautés rurales et éloignées ont ressenti les effets néfastes des pénuries de personnel infirmier et ont bénéficié des périodes de surplus. Lorsqu'il y a moins de postes à pourvoir en milieu urbain, les infirmières et infirmiers cherchent de l'emploi dans les régions éloignées ou nordiques. Cependant, en périodes de pénurie, les communautés rurales et nordiques ont de la difficulté à recruter et retenir du personnel infirmier qui a tendance à migrer vers les centres urbains.<sup>55</sup>

employment in more remote or northern settings. During periods of shortage, however, rural and northern communities experience difficulties in recruiting and retaining nurses as they often migrate to urban centers.<sup>55</sup>

There are many challenges associated with providing nursing care in northern and remote areas that are exacerbated by nursing shortages. Hay and colleagues state :

*Nursing staff working at these remote or outpost facilities, much like their rural physician counterparts, require extensive skills as the scope of practice is much larger than in urban settings. Staff work in isolation, often with very limited opportunities to share or discuss the workload with colleagues, and in communities that are usually very small and culturally distinct. The work and workload in nursing stations can be difficult and often leads to high turnover. Many nurses work only for short periods, sometimes as short as six weeks, thereby leading to a lack of continuity of care for these communities.<sup>56</sup>*

Though the Canadian nursing shortage is ubiquitous, it does not affect all areas and populations equally. Depending on the definition of rural, between 22% and 38% (6-11 million) of Canadians live in rural areas.<sup>57</sup> Given that Canada's geography consists of large areas of rural, remote and northern lands with sparse population density, policy makers need to be aware that the nursing shortage is affecting certain areas of the country and certain populations disproportionately.



Il existe bien des obstacles à la prestation de services infirmiers en régions nordiques et éloignées, et ils sont aggravés par la pénurie. Hay et ses collègues<sup>56</sup> déclarent ce qui suit :

*Le personnel infirmier affecté à ces avant-postes isolés ou éloignés doivent[sic], à l'instar des médecins ruraux, disposer de vastes compétences, car leur champ de pratique comporte un éventail d'activités beaucoup plus large quand[sic] dans les milieux urbains. Le personnel travaille dans l'isolement et a souvent très peu de possibilités de discuter de son travail avec des collègues ou de partager avec eux la charge de travail. La personne vit dans une collectivité qui est généralement très restreinte et culturellement distincte. Puisque le travail et la charge de travail s'avèrent souvent très lourds, le taux de roulement du personnel y est élevé. Bien des infirmières sont en poste pendant de courtes périodes seulement, parfois même pour aussi peu que six semaines, ce qui se traduit par un manque de continuité des soins pour ces collectivités.<sup>56</sup>*

Bien que la pénurie de personnel infirmier soit omniprésente au Canada, elle ne touche toutes les régions et populations de la même façon. Selon la définition donnée au mot « rural », entre 22 % et 38 % de la population canadienne (environ 6 à 11 millions de Canadiens) est rurale.<sup>57</sup> Étant donné que, géographiquement, le Canada est constitué en grande partie de territoires ruraux, éloignés et nordiques au peuplement dispersé, les responsables des politiques doivent être conscients que la pénurie de personnel infirmier touche certaines régions et populations du pays de manière disproportionnée.

## 2.4 Work-Life Issues

Perhaps one of the most critical areas for concern that is contributing to – and is exacerbated by – the nursing shortage is work-life issues for nurses. While there is a need to increase the supply, productivity and production of nurses to ameliorate the effects of the current nursing shortage, there is also an imperative to address work-life issues for nurses. Policy makers should recognize that improving work-life for nurses needs to be an integral feature of a long-term strategy. Short-



term, stop-gap measures such as over-utilizing existing nursing staff<sup>58</sup> – calling nurses back to work on their days off and placing excessive (paid and unpaid) overtime demands on them<sup>59</sup> – are untenable long-term solutions to the nursing shortage. Indeed these strategies have a negative effect on the health and well-being of nurses and contribute to burnout and attrition. Long-term, sustainable strategies that address work-life issues must be identified to address the nursing shortage.

It is widely recognized, for example, that the well-being of nursing staff is an important dimension of their

### 2.4 Enjeux relatifs à la qualité de vie au travail

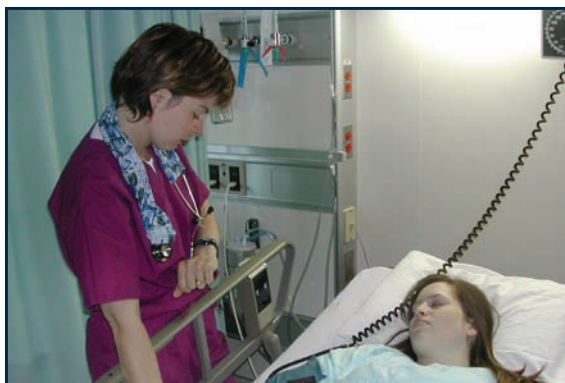
L'un des problèmes les plus préoccupants qui contribue à la pénurie de personnel infirmier et s'en trouve exacerbé est sans doute l'équilibre travail-vie. S'il est nécessaire d'augmenter les effectifs infirmiers ainsi que leur productivité et leur production pour atténuer les effets de la pénurie actuelle, il est par ailleurs impératif de régler les problèmes liés à l'équilibre travail-vie du personnel. Les responsables des politiques doivent réaliser que l'amélioration de cet équilibre travail-vie doit faire partie intégrante d'une stratégie à long terme. Des mesures provisoires comme la surutilisation du personnel infirmier existant,<sup>58</sup> qu'on rappelle au travail lorsqu'il est en congé et auquel on impose un nombre excessif d'heures supplémentaire (payées ou non),<sup>59</sup> sont des solutions insoutenables à long terme. D'ailleurs, ces stratégies ont un effet néfaste sur la santé et le bien-être des infirmières et contribuent à l'épuisement professionnel et à l'abandon de la profession. Il faut définir des stratégies à long terme et viables pour régler les problèmes d'équilibre travail-vie chez les infirmières afin de contrer à la pénurie de personnel infirmier.

Il est largement admis que le bien-être du personnel infirmier est un facteur important de sa capacité à fournir des soins de qualité.<sup>60</sup> Une des raisons les plus convaincantes pour lesquelles les gouvernements et responsables des politiques doivent contrer la pénurie de personnel infirmier est sans doute le fait que de plus en plus de recherches attestent un lien entre une bonne dotation en personnel infirmier et les résultats constatés chez les patients, la qualité des soins, la sécurité des patients ainsi que la santé et le bien-être du personnel.<sup>61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77</sup>

ability to provide quality nursing care.<sup>60</sup> Perhaps the most compelling reason for governments and policy makers to address the nursing shortage arises from an extensive and growing body of research that documents the relationship between nurse staffing levels and patient outcomes, quality of care, patient safety and the health and well-being of nurses.<sup>61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77</sup> In short, inadequate nurse staffing levels and poor working conditions for nurses in hospitals and other care settings can lead to poor health outcomes and an increased risk of adverse episodes for patients.

Furthermore, the research clearly demonstrates that inadequate nurse staffing levels can lead to nurse burnout, job dissatisfaction and poor health outcomes for nurses. It has been demonstrated that in organizations that have higher rates of job dissatisfaction, burnout, and high workloads among nurses there is a negative impact on patient care. Moreover, institutions that experience high rates of turnover have higher costs per discharge, increased lengths of patient stays, and higher rates of undesirable patient outcomes.<sup>78</sup>

In the past 10 years there has been a growing interest in models or approaches to nurse staffing and the effects of nurse staffing on the health and well-being of nurses and improvements in patient outcomes. Health system administrators seek a delicate balance managing their human resources and meeting patient



Bref, une dotation insuffisante et de médiocres conditions de travail dans les hôpitaux et autres établissements de soins peut se traduire par une santé médiocre et un risque accru de rechutes chez les patients.

De plus, les recherches démontrent clairement qu'une dotation insuffisante peut aussi entraîner chez le personnel infirmier l'épuisement professionnel, l'insatisfaction à l'égard de l'emploi et une santé médiocre. Il est prouvé que dans les organisations ayant un taux élevé d'insatisfaction et d'épuisement professionnel et des charges de travail élevées, on constate un effet néfaste sur les soins donnés aux patients. Par ailleurs, dans les établissements où le roulement élevé de personnel est élevé, les coûts relatifs à la sortie de l'établissement sont plus élevés, la durée de séjour des patients est plus longue et les taux de répercussions indésirables chez les patients sont plus élevés.<sup>78</sup>

Depuis les dix dernières années se manifeste un intérêt croissant pour les modèles ou approches de dotation en personnel infirmier et les effets de cette dotation sur la santé et le bien-être du personnel infirmier ainsi que sur l'amélioration des résultats chez les patients. Les administrateurs du système de santé cherchent à réaliser un équilibre délicat entre la gestion de leurs ressources humaines et la réponse aux demandes de soins des patients, tout en minimisant les coûts et en maximisant la productivité et l'efficacité. Selon le collectif dirigé par O'Brien-Pallas, cet équilibre peut être atteint si les organisations s'attachent à réaliser certains objectifs, entre autres viser un niveau de productivité de 85 % (viser des niveaux plus élevés entraîne l'augmentation des coûts, la détérioration des soins aux patients et des conséquences néfastes pour le personnel infirmier et les

care demands while at the same time seeking to minimize costs and maximize productivity and efficiency. O'Brien-Pallas and colleagues found that this balance can be achieved when organizations focus on achieving certain objectives, including targeting 85% nursing unit productivity/utilization levels (higher levels lead to higher costs and poorer nurse and patient outcomes), enhancing nurse autonomy, ensuring adequate staffing, retaining experienced nurses, promoting job security, ensuring effective leadership, allowing nurses to work autonomously, and focusing on improving work-life issues for nurses.<sup>79</sup> O'Brien-Pallas and colleagues state, "The evidence supports the need for a significant change in the way organizations view costs and suggests that the emphasis on cost of inputs should shift to the cost of outputs and the quality of care."<sup>80</sup> Other studies that have examined the relationship between appropriate nurse staffing/productivity, workload management and nurse and patient outcomes document similar findings.<sup>81 82</sup>

In 2001, the Nursing Sector Study Corporation was formed to conduct a comprehensive examination of nursing human resources. The goal of the project was to "... create informed long-term strategies toward ensuring adequate supply of skilled and knowledgeable nurses



**"Education programs that develop skills of experienced nurses to support mentoring and precepting roles should be expanded; That's what will keep us more interested and excited about our jobs." (LouAnn, a Canadian nurse with 38 years of experience in the intensive care and the post-anesthetic care units)**

**« Accroître les programmes d'études consacrés au perfectionnement des infirmières et infirmiers chevronnés pour leur permettre de servir de mentors et de précepteurs, voilà ce qui soutiendra notre intérêt et notre passion pour notre emploi. » (LouAnn, une infirmière canadienne de 38 années d'expérience au sein d'unités de soins intensifs et de soins postanesthésiques)**

patients), améliorer l'autonomie des infirmières, assurer une dotation suffisante, maintenir en poste du personnel infirmier expérimenté, favoriser la sécurité au travail, assurer un leadership efficace, permettre au personnel de travailler de manière autonome et s'attacher à améliorer l'équilibre travail-vie des infirmières et infirmiers.<sup>79</sup> Toujours d'après le collectif O'Brien-Pallas, « Les faits révèlent que les organismes doivent changer considérablement leur façon de voir les coûts, et suggèrent qu'ils devraient reporter leur attention sur le coût des extrants et la qualité des soins, plutôt que sur le coût des intrants. »<sup>80</sup> D'autres études qui se sont penchées sur le lien entre une dotation ou productivité suffisante, la gestion de la charge de travail et les conséquences pour le personnel infirmier et les patients font état des mêmes résultats.<sup>81 82</sup>

En 2001, la Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers a été constituée pour mener un examen exhaustif des ressources humaines infirmières. Le projet avait pour objectif « ... d'élaborer une stratégie éclairée à long terme pour s'assurer qu'il y aura un nombre adéquat d'infirmières possédant les compétences et les connaissances requises pour répondre aux besoins changeants des Canadiens. »<sup>83</sup> L'étude sectorielle s'est penchée sur la qualité de vie et la sécurité au travail et a établi qu'un environnement de travail médiocre influe sur la santé et le bien-être des infirmières, ce qui, à son tour, nuit au recrutement dans la profession et au maintien en poste du personnel qui exerce déjà. Le *Rapport des groupes de discussion formés de militantes et de militants de syndicats infirmiers (Étape 5)* de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers révèle ce qui suit :

to meet the evolving and changing needs of all Canadians.”<sup>83</sup> The Sector Study examined work-life and safety issues from various standpoints and determined that poor working environments influence the health and well-being of nurses, and this in turn influences recruitment of nurses into the field and retention of nurses already working. The *Nursing Union Activist Focus Group Report (Step 5)* of the Nursing Sector Study states:



“...if effective strategies targeted to late career nurses were implemented in Ontario, over 4,000 nurses predicted to retire over the next four years could be retained in the profession. The Late Career Initiative allows nurses over the age of 55 to spend a portion of their time in less physically demanding nursing roles, such as patient teaching or staff mentoring.” (*Guidelines for Application to the Ontario Nursing Strategy*, [www.health.gov.on.ca/](http://www.health.gov.on.ca/))

« ...si l'on mettait en œuvre en Ontario des stratégies efficaces ciblant les infirmières et infirmiers en fin de carrière, plus de 4 000 d'entre eux, qui sont censés prendre leur retraite au cours des quatre prochaines années, pourraient être retenus dans la profession. L'Initiative de maintien en poste du personnel infirmier chevronné permet au personnel infirmier de 55 ans et plus de consacrer une partie de son temps à des tâches moins exigeantes sur le plan physique, telles le mentorat des autres infirmiers ou l'éducation des patients. » [traduction libre] (*Guidelines for Application to the Ontario Nursing Strategy*, [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca/))

*Nurses from both hospital and non-hospital settings report workloads that are too heavy for the number of staff resulting in undue time constraints, decreased quality of care and lack of job satisfaction. Furthermore, the detrimental effects of poor working conditions on recruitment and retention are reportedly contributing to high rates of turnover that in turn lead to decreased morale and further deterioration in the work environment.*<sup>84</sup>

It is acknowledged that the mental and physical health of nurses is adversely affected by suboptimal working conditions and excessive workloads. Nurses

*Les infirmières et infirmiers en milieu hospitalier ou extrahospitalier signalent que la charge de travail est trop lourde pour le personnel en place avec, pour conséquence, des contraintes de temps excessives, des soins de moindre qualité et de l'insatisfaction au travail. Les intéressés déclarent en outre que les effets négatifs de piètres conditions de travail sur le recrutement et le maintien en poste contribuent à un fort roulement du personnel, qui se traduit à son tour par une baisse de moral et une dégradation encore plus grande du milieu de travail.*<sup>84</sup>

Il est reconnu que, lorsque les conditions de travail ne sont pas optimales et que la charge de travail est excessive, la santé du personnel infirmier s'en ressent. Le personnel qui a participé aux Groupes de discussion formés de militantes et de militants de syndicats infirmiers, sous-rapports de l'Étude sectorielle sur les soins infirmiers, juge que les pressions excessives du travail en milieu tant hospitalier qu'extrahospitalier nuisent à son bien-être physique et mental.<sup>85</sup> Aiken a mené avec des collègues une étude (2001) auprès de 43 000 infirmières et infirmiers de 700 hôpitaux dans cinq pays; cette étude a révélé que le personnel infirmier faisait état d'une baisse du moral,





who participated in the Nursing Union Activist Focus Group, a sub-report of the Nursing Sector Study, expressed the view that excessive workloads in hospital and non-hospital settings are taking a toll on the physical and mental well-being of nurses.<sup>85</sup> Aiken and colleagues (2001) conducted a study of 43,000 nurses in 700 hospitals in five countries and found that nurses reported low morale, job dissatisfaction, burnout, increases in workloads and non-nursing duties, a decreased ability to complete nursing tasks fully and an intent to leave their current employers.<sup>86</sup> This, as noted previously, creates a cycle of poor morale, low levels of job satisfaction, increased use of sick time, and burnout. This cycle has a negative influence on the retention and recruitment of nurses, while the increased workloads, exacerbated by an existing shortage of nursing staff, are contributing to decreased quality of care.<sup>87 88</sup>

d'insatisfaction au travail, d'épuisement professionnel, de charges de travail accrues et d'exécution de tâches non liées aux soins infirmiers, d'une diminution de sa capacité à accomplir pleinement ses tâches infirmières et, dans certains cas, d'une intention de quitter l'employeur actuel.<sup>86</sup> Comme souligné précédemment, cette situation engendre un cycle alliant une baisse de moral et de satisfaction au travail et une hausse de l'épuisement professionnel et de l'usage des congés de maladie. Ce cycle a un effet néfaste sur le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier, et les surcharges de travail, exacerbées par la pénurie de personnel infirmier, contribuent à une baisse dans la qualité des soins.<sup>87 88</sup>

Le rapport intitulé *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier* révèle ce qui suit :

*... La probabilité qu'une infirmière s'absente pendant 20 jours ou plus pour des raisons de santé était élevée parmi les infirmières ayant déclaré un degré élevé de tensions et de contraintes au travail, un manque de soutien et de respect de la part des superviseurs, d'autonomie et de contrôle sur la pratique ou une surcharge de travail. La probabilité que les infirmières ayant déclaré faire l'objet d'un manque de respect de la part de leurs superviseurs s'absentent pendant 20 jours ou plus était 50 % plus élevée, comparativement aux infirmières ayant déclaré faire l'objet d'un meilleur respect de la part de leurs superviseurs.<sup>89</sup>*

Le personnel infirmier subit par ailleurs des degrés inacceptables de violence en milieu de travail et court des risques élevés de blessures. Le rapport révèle ce qui suit :



The Report entitled *Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses* stated:

*...the odds of being absent 20 or more days for health-related reasons were high for nurses reporting high job strain, low supervisor support, high physical demands on the job, low control over practice, lack of respect from superiors, or high role overload. For nurses reporting low respect from their superiors, the odds of missing 20 or more days were 50% higher, compared with nurses reporting more respect from this source.<sup>89</sup>*

Nurses also experience unacceptably high levels of workplace violence and risk of injury. The Report found that:

*Plus du quart (29 %) des infirmières qui dispensent des soins directs ont déclaré avoir été agressées physiquement par un patient au cours de l'année précédente. Chez les infirmiers, la proportion était de 4 sur 10 (44 %), alors que chez les infirmières, elle était d'un peu moins de 3 sur 10 (28 %). En outre, 44 % des infirmières ont déclaré avoir fait l'objet de violence psychologique.<sup>90</sup>*

Le personnel infirmier d'établissements communautaires et celui qui travaille dans des régions nordiques ou éloignées a déclaré être préoccupé par le fait de travailler dans l'isolement et appréhender la violence et les risques de blessures. Les infirmières et infirmiers psychiatriques sont aussi préoccupés par la difficulté de soigner des patients agressifs et les risques de violence en milieu de travail. *L'étude sectorielle sur les soins infirmiers, rapport de synthèse sur la recherche* a souligné ce qui suit :

*Le personnel infirmier œuvrant dans un milieu de travail au leadership assez ferme avait moins de chances de subir de la violence que celui œuvrant dans des organisations au leadership plutôt faible. Le personnel surutilisé, c.-à-d. travaillant plus de 40 heures par semaine, faisant des heures supplémentaires, volontairement ou non, et ayant des changements de quarts de travail fréquents était aussi plus nombreux à déclarer des incidences de violence.<sup>91</sup>*

*Over one-quarter (29%) of nurses who provide direct care reported that they had been physically assaulted by a patient in the previous year; 4 in 10 male nurses (44%) reported physical assault, compared with just under 3 in 10 female nurses (28%). Emotional abuse from a patient was reported by 44% of nurses.<sup>90</sup>*

In particular, community nurses and nurses working in northern and remote areas expressed concerns about working in isolation and increased apprehension about violence and risk of injury. Psychiatric nurses also expressed concerns about the challenges associated with caring for aggressive patients and the potential for workplace violence. The *Nursing Sector Study, Research Synthesis Report* noted:

*Nurses working in a workplace with stronger leadership also had a lower chance of experiencing violence than nurses working in organizations with weaker leadership. Nurses working in an over-utilized capacity, such as over 40 hours of work per week, involuntary overtime or voluntary overtime, and frequent shift change, were also more likely to report incidences of violence.<sup>91</sup>*



**“All too often we put a Band-Aid on First Nations peoples’ problems, get them fixed up and send them back home where they begin to unravel again because there are no follow-up services or prevention.”** Aboriginal nurse Tania Dick, BC Nurses’ Union Update, February/March 2008. ([www.bcnu.org](http://www.bcnu.org))

**« Trop souvent, on applique des solutions de rafistolage aux problèmes des membres des Premières Nations; on les « retape » et on les renvoie chez eux, où leur santé recommence à se détériorer parce qu’il n’y a pas de services de suivi ou de prévention. »** Tania Dick, infirmière autochtone, BC Nurses’ Union Update, February/March 2008. ([www.bcnu.org](http://www.bcnu.org))

Les administrateurs du système de santé et les responsables des politiques doivent être conscients qu’il est nécessaire de créer des environnements de travail sûrs et d’appliquer des politiques de tolérance zéro à l’égard de la violence au travail; en fait, l’absence de telles mesures nuit au recrutement et au maintien en poste du personnel infirmier.<sup>92</sup>

Pour bon nombre d’infirmières et d’infirmier, le milieu de travail est source de stress, et les données des recherches indiquent de graves problèmes liés à la qualité de vie au travail du personnel infirmier. Selon Pyper (2004), les résultats de l’étude *Survey of Labour and Income Dynamics* révèlent que de 1999 à 2001, la moitié des travailleurs au Canada disaient se sentir plutôt ou très stressés. Pourtant, au cours de la même période, les deux tiers du personnel infirmier autorisé se disaient très stressés.<sup>93</sup>



Un autre facteur révélateur de stress est l’absentéisme pour cause de maladie. Le rapport intitulé *Enquête nationale sur le*



Health system administrators and policy makers need to be aware that creating safe working environments and enforcing zero-tolerance policies against workplace violence are necessary; indeed the absence of such policies will affect the recruitment and retention of nurses.<sup>92</sup>

For many nurses the workplace is a source of stress, and the evidence points to serious problems in the work-life of nurses. Pyper (2004), states that based on findings from the *Survey of Labour and Income Dynamics*, half of all workers in 1999-2001 in Canada reported feeling somewhat or very stressed. Yet, for the same time period, two thirds of regulated nurses reported feeling somewhat or very stressed.<sup>93</sup>

Another measure of stress is absence from work due to illness. The Report entitled *Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health*



*travail et la santé du personnel infirmier de 2005* indique qu'au cours de l'année précédant l'enquête, 61 % des infirmières se sont absentes du travail pour des raisons de santé. Plus de la moitié ont déclaré avoir pris congé en raison d'une affection physique, tandis qu'un peu plus de 1 infirmière sur 10 s'est absentée en raison de sa santé mentale. En outre, 12 % des infirmières se sont absentes en raison d'une blessure, et environ 5 % ont pris un congé d'invalidité. Les infirmières qui se sont absentes ont manqué en moyenne 23,9 journées de travail.<sup>94</sup>

La surcharge de travail et la fatigue peuvent entraîner des blessures et de l'insatisfaction au travail. Près de la moitié (48 %) du personnel infirmier dispensant des soins directs a déclaré avoir déjà été blessé par une seringue ou un autre objet acéré (p. ex. des ciseaux, des scalpels, des rasoirs).<sup>95</sup> Travailler dans des unités infirmières où il manque de personnel, faire trop d'heures supplémentaires, payées ou non, être rappelé au travail les jours de congé et ne pas pouvoir prendre de vacances sont lieux communs et contribuent à la lassitude et à l'épuisement professionnel.

Bref, « le personnel infirmier juge que les pressions excessives du travail en milieu tant hospitalier qu'extrahospitalier nuisent à son bien-être physique et mental. »<sup>96</sup> Les employeurs doivent se rendre compte qu'imposer au personnel infirmier des charges de travail trop lourdes est intenable à long terme. D'ailleurs, les employeurs qui ne se soucient pas du bien-être du personnel infirmier et ne s'attaquent pas aux problèmes de charge de travail et de sécurité enveniment une situation déjà intenable.

Le personnel infirmier débutant a des défis exceptionnels à relever à son entrée sur le marché du travail. Au fur et à mesure que les infirmières et infirmiers d'expérience prennent leur retraite,

of Nurses stated that 61% of nurses had taken time off from work due to health reasons in the year prior to being surveyed. Of those who responded to the survey, more than half were absent due to a physical illness, 10% took time off for mental health reasons, 12% were absent due to injury, and approximately 5% were on disability leave. The average number of days a nurse was absent was 23.9.<sup>94</sup>

Overwork and fatigue can lead to injury and job dissatisfaction. Almost half of nurses (48%) reported having experienced a needlestick injury or injury from a contaminated sharp object (e.g. scissors, scalpel, razor).<sup>95</sup> Working on nursing units that are short-staffed, working excessive paid and unpaid overtime, being called in to work on days off, and the inability to take vacation time are all commonplace and contribute to fatigue and burnout.

In short, nurses feel that excessive work pressures and unfavourable working conditions in hospital and non-hospital settings are taking a toll on their physical and mental well-being.<sup>96</sup>



Employers must recognize that unrealistic workload demands on nurses cannot be sustained in the long term. Indeed, employers that do not attend to the well-being of nurses by addressing workload and safety issues are exacerbating an already untenable situation.

Novice nurses also experience unique workplace challenges as they enter the workforce. As older and more experienced nurses begin to retire from

les novices connaissent de fortes pressions par suite des lacunes à combler. L'étude du collectif Cho (2006) fait état de certaines préoccupations communément exprimées et de sources de stress fréquentes en milieu de travail chez les novices. Elle cite comme sources de stress le fossé entre l'idéal (ce que l'école leur a enseigné) et la pratique dans le milieu de travail, la crainte de faire des erreurs en raison de charges de travail et de responsabilités excessives, le manque de confiance en leurs aptitudes cliniques et le manque d'encadrement par du personnel d'expérience.<sup>97</sup>

Les recherches démontrent qu'un milieu de travail favorable et un préceptorat adéquat pour les novices favorisent la satisfaction au travail, l'engagement organisationnel et le maintien en poste du personnel.<sup>98</sup>

L'engagement envers l'organisation et l'épuisement professionnel se révèlent diamétralement opposés.<sup>99</sup> Ignorer les inquiétudes du personnel infirmier débutant à son arrivée sur le marché du travail peut entraîner l'épuisement professionnel, de l'insatisfaction au travail et l'abandon de la profession. Il ne suffit pas de diplômer plus d'infirmières et d'infirmiers; les organisations doivent créer des milieux de travail favorables pour le personnel infirmier qui commence à exercer afin d'assurer la réussite de sa transition de l'école au travail.

Créer des milieux de travail sains et favorables pour le personnel infirmier qui commence à exercer doit être une priorité des gestionnaires de systèmes de santé et des responsables des politiques. Il n'est donc pas surprenant que beaucoup d'infirmières et d'infirmiers choisissent – ou se sentent forcés – de quitter la profession, parce qu'ils n'arrivent pas à satisfaire à des exigences de travail déraisonnables (charges de travail très lourdes et conditions de travail ne répondant pas aux

the profession, there is significant pressure being placed on novice nurses to fill the ensuing gap. Cho and colleagues (2006) identify several commonly expressed concerns and sources of workplace stress among novice nurses. They cite as sources of stress the gap between the ideal (what they learned in school) and what they face in practice in the workplace, a fear of making errors due to excessive workloads and responsibilities, a lack of confidence in their clinical skills, and the lack of mentorship from more experienced nurses.<sup>97</sup> The research supports the view that supportive work environments and adequate preceptorships for novice nurses are related to job satisfaction, organizational commitment and retention.<sup>98</sup>



normes), tout en demeurant en bonne santé et en assurant la sécurité de leurs patients. L'initiative Qualité de vie au travail - Collaboration en matière de soins de santé de qualité (QVT-CSSQ) rassemble un groupe dont le travail vise à favoriser l'établissement de milieux de travail sains.

Des représentants de treize organisations nationales de santé forment le groupe de travail QVT-CSSQ, qui a pour mandat d'élaborer et de promouvoir un cadre et une stratégie nationales pour la qualité de vie au travail en vue d'améliorer la prestation des soins de santé et les résultats pour les patients. QVT-CSSQ a déterminé un certain nombre d'indicateurs de qualité de vie au travail (deux au niveau des systèmes et sept à celui des organisations) qui peuvent être facilement évalués et appliqués aux organisations de santé et aux travailleurs. Au niveau des organisations, les indicateurs sont le roulement et le taux de postes à pourvoir, la formation et le perfectionnement professionnel, les heures supplémentaires, l'absentéisme, les demandes d'indemnisation des travailleurs et la satisfaction du fournisseur. QVT-CSSQ a aussi élaboré la *Charte de la direction saine régissant les soins de santé* que peuvent signer les organisations pour s'engager à réaliser un changement significatif dans les milieux de travail de la santé. La *Charte* est fondée sur le principe selon lequel il est « inacceptable de financer, d'administrer et de gérer les milieux de travail actuels, d'y travailler et d'y recevoir des soins ». <sup>100</sup> Il est encourageant de souligner que jusqu'à maintenant, vingt-quatre organisations ont signé la *Charte*, dont les suivantes : VON Canada (Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada), l'Academy of Canadian Executive Nurses, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers. La Nouvelle-Écosse s'est engagée de manière éloquentte puisque ses neuf bureaux de

Workplace engagement and burnout rest at opposite ends of the spectrum.<sup>99</sup> Not attending to the concerns of novice nurses as they enter practice can be a source of burnout and can lead to job dissatisfaction and attrition from the profession. It is not enough to simply graduate more nurses; there is a need for organizations to create supportive environments for the novice nurse entering practice to ensure a successful transition from school into the workplace.

Creating supportive and healthy workplaces for nurses entering practice needs to be a top priority for health system managers and policy makers. It comes as no surprise, therefore, that many nurses choose – or feel forced – to leave nursing because they are unable to achieve a balance among unreasonable work demands (e.g. heavier workloads and sub-standard working conditions), maintaining their own health, and concern for the safety of their patients. The Quality Worklife – Quality Healthcare Collaborative (QWQHC) is one group whose work aims to support the development of healthy workplaces.

Representatives from thirteen national health organizations comprise the membership of the QWQHC. The collaborative's mandate is to develop and promote a national framework and strategy on quality of work-life to improve health system delivery and patient outcomes. The QWQHC has identified a number of quality of work-life indicators (two at a systems level, and seven at an organizational level) that can easily be collected and applied to health organizations and workers. On an organizational level, indicators include



santé publique ont signé. Le travail du groupe QVT-CSSQ aide à empêcher que la durabilité de notre système de santé soit compromise par la santé du personnel infirmier et, par suite, par nos effectifs de ressources humaines.

L'ampleur de l'insuffisance de personnel infirmier et son incidence sur la santé et le bien-être des Canadiens, sur le système de santé et sur la profession infirmière sont considérables et ne sauraient être sous-estimées. La pénurie actuelle de personnel infirmier au Canada rend impérative l'élaboration d'initiatives stratégiques aux échelons local, provincial, national et international afin de s'attaquer aux nombreux aspects de la crise. De fait, la pénurie de personnel infirmier retient l'attention des dirigeants infirmiers, des administrateurs de systèmes de santé, des responsables des politiques et des gouvernements partout dans le monde. Bien que les gouvernements aient entrepris de nombreuses études et mis en œuvre diverses politiques pour remédier à la pénurie, il reste encore bien du travail à faire. Une chose est certaine : la pénurie de personnel infirmier va continuer d'avoir une incidence considérable sur la prestation de services de santé au Canada, en particulier sur la qualité des soins donnés aux patients. Si l'on ne prend pas immédiatement des mesures immédiates et durables, la situation concernant les ressources humaines infirmières et les soins de santé continuera de se détériorer au Canada.

Le partenariat entre le gouvernement de la Saskatchewan et le Saskatchewan Union of Nurses est un exemple de ce genre de mesures. En février 2008, les deux groupes se sont associés en raison d'un urgent besoin de reconstituer et de stabiliser la main-d'œuvre infirmière décroissante de la province. Soucieux de garantir que la province puisse fournir des soins de haute qualité, accessibles

turnover and vacancy rates, training and professional development, overtime, absenteeism, workers' compensation in lost time and provider satisfaction. Also developed by the QWQHC is a *Healthy Healthcare Leadership Charter* that healthcare organizations can sign as a commitment to creating positive change in the health workplace. The *Charter* is founded on the principle that it is "unacceptable to work in, receive care in, govern, manage and fund unhealthy healthcare workplaces."<sup>100</sup> It is encouraging to note that to date, twenty-four organizations have signed the *Charter*, including the following nursing organizations: VON Canada (Victorian Order of Nurses), Academy of Canadian Executive Nurses, the Canadian Nurses Association, and the Canadian Federation of Nurses Unions. The province of Nova Scotia made a significant commitment to the *Charter* when all nine of their District Health Authorities agreed to sign on. The work of the QWQHC helps to ensure that the sustainability of our healthcare system is not jeopardized by the health – and by extension, the supply – of our health human resources.

The extent and influence of an inadequate supply of nurses on the health and well-being of Canadians, the health system and the nursing profession is significant and can not be underestimated. The current shortage of nurses in Canada creates a strong imperative to develop policy initiatives at a local, provincial, national and international level to address the many dimensions of this crisis. Indeed, the nursing



aux résidents et fournis en temps opportun, le gouvernement a reconnu le besoin de retenir un grand nombre d'infirmières et d'infirmiers expérimentés et compétents, tout en planifiant des initiatives de recrutement musclées afin d'augmenter le nombre d'infirmières et d'infirmiers en exercice. Quelques stratégies concrètes ont été mises en œuvre afin de favoriser la réalisation de ces objectifs. En voici deux exemples : l'établissement d'objectifs trimestriels de maintien en poste et de recrutement et la mise en œuvre de mesures à l'intention du personnel plus âgé afin de l'inciter à demeurer dans la population active plus longtemps, soit la reconnaissance des services de longue durée et la possibilité d'encadrer le personnel infirmier nouvellement diplômé et immigrant. Des mesures d'ordre financier sont par ailleurs établies afin de garantir la responsabilisation de l'employeur.<sup>101</sup>



## A Renewed Call for Action: A Synthesis Report on the Nursing Shortage in Canada

shortage has captured the attention of nursing leaders, health system administrators, policy makers and governments around the world. While governments have initiated many studies and implemented various policies to remedy the shortage, there is more work to be done. One thing is clear: the nursing shortage will continue to exert considerable influence on the delivery of health services in Canada, in particular the quality of patient care. If immediate and sustained action is not taken, the status of nursing human resources and health care in Canada will continue to deteriorate.

One example of such action is the recent partnership developed between the government of Saskatchewan and the Saskatchewan Union of Nurses. In February of 2008, the two groups came together because of an urgent need to stabilize and rebuild Saskatchewan's dwindling nursing workforce. In an effort to ensure their province could deliver high quality, timely and accessible care to residents, the government recognized the need to retain a large number of experienced and skilled nurses, while also planning aggressive recruitment initiatives to increase the numbers of practicing nurses. Several concrete strategies were put in place to help achieve these goals. Two examples are the establishment of quarterly retention and recruitment targets, and the provision of incentives for senior nurses to remain in the workforce longer by recognizing long-term service and providing opportunities to mentor new graduates and immigrant nurses. Furthermore, there are financial measures in place to ensure accountability on the part of the employer.<sup>101</sup>



### 3.0 Directions Forward

It is not uncommon to hear nurses state, “We don’t need more studies. We have been studied to death. What we need is action!” For more than twenty years governments, academics, professional associations, unions, NGOs and think-tanks, among others, have conducted numerous in-depth examinations of the nursing profession and the nursing labour market. Each one has shed light on the circumstances facing the nursing profession. Among the many studies that have been conducted there are a few that serve as touchstones because of their relevance, scope and detail. In the following section some of the key findings from two landmark studies and a summary of their recommendations will be presented.



### 3.0 Prochaines orientations

Il n’est pas rare d’entendre des infirmières ou infirmiers dire : « Nous n’avons pas besoin d’autres études. On nous a sondés sous toutes les coutures. Nous avons besoin d’actions concrètes! » Pendant plus de vingt ans, les gouvernements, universitaires, associations professionnelles, syndicats, ONG et groupes de réflexion, etc. se sont livrés à de nombreuses études en profondeur sur la profession et le marché de la main-d’œuvre infirmière. Chacune a fait la lumière sur certaines situations rencontrées au sein de la profession. Parmi ces nombreuses études, certaines sont des pierres de touche en raison de leur pertinence, de leur portée et de leur précision. La section suivante présente quelques résultats importants de deux études marquantes ainsi qu’un résumé de leurs recommandations.



### 3.1 Building the Future: An Integrated Strategy for Nursing Human Resources in Canada

In 2001 the Nursing Sector Study Corporation was created to conduct a comprehensive examination of nursing human resources in Canada. The goal of the project was to “... create informed long-term strategies toward ensuring an adequate supply of skilled and knowledgeable nurses to meet the evolving and changing needs of all Canadians.”<sup>102</sup> The Steering Committee of the Nursing Sector Study Corporation was comprised



### 3.1 Construire l'avenir : Une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada

En 2001, la Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers était créée pour entreprendre un examen exhaustif des ressources humaines infirmières au Canada. L'objectif du projet était « ... d'élaborer une stratégie éclairée et à long terme pour s'assurer qu'il y aura un nombre suffisant d'infirmières possédant les compétences et les connaissances requises pour répondre aux besoins changeants des Canadiens » .<sup>102</sup> Le comité directeur de la Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers était constitué d'une trentaine de représentants de tous horizons issus des trois professions réglementées du domaine des soins infirmiers (IA, IPA et IAA) et « ... d'employeurs



of approximately 30 representatives from a wide variety of stakeholders from the three regulated nursing professions RN, RPN and LPN) and "...private and public employers, unions, educators, health researchers, and federal, provincial and territorial governments." The Nursing Sector Study produced three main reports (*Phase I*,<sup>103</sup> *Phase II*<sup>104</sup> and a *Research Synthesis Report*), a number of supporting research study documents that examined areas such as immigration, technological change, mobility, and education, and a number of consultation research reports with CEOs, nurse employers, and trade unions, among others.

The recommendations that were presented in the *Phase I Final Report* addressed a broad range of issues related to nursing human resources. These recommendations are presented in Appendix One: Phase I Final Report. Recommendations and Suggested Actions. The recommendations presented in the Nursing Sector Study are comprehensive. In general these recommendations focus on establishing and developing a coordinated approach to health human resources planning on a national level, building appropriate data and planning infrastructures, directing attention to managing the supply and production of nurses and attending to work-life issues for nurses.



des secteurs public et privé, des syndicats, des pédagogues, de chercheurs du domaine de la santé ainsi que des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ». L'étude sectorielle sur les soins infirmiers a produit trois rapports principaux (*Phase I*,<sup>103</sup> *Phase II*<sup>104</sup> et *Rapport de synthèse de la recherche*), plusieurs documents appuyant l'étude et traitant de questions comme l'immigration, les changements technologiques, la mobilité et la formation, ainsi que des rapports de consultations avec des chefs de direction, des employeurs du secteur infirmier, des syndicats, etc.

Les recommandations présentées dans le *Rapport final de la phase I* concernaient un large éventail de questions reliées aux ressources humaines infirmières. Ces recommandations figurent à l'Annexe un. Les recommandations présentées dans l'étude sectorielle sur la profession infirmière sont exhaustives. En général, elles mettent l'accent sur l'établissement et le développement d'une approche concertée en matière de ressources humaines en santé à l'échelon national, sur la production de données et d'infrastructures de planification pertinentes, sur un effort soutenu dans la gestion de l'offre et de la production de personnel et sur le règlement des problèmes liés à la qualité de vie au travail du personnel infirmier.

## 3.2 Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses

In 2001, the Canadian Nursing Advisory Committee presented their report on the state of nursing work-life entitled *Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses*.<sup>105</sup>



The primary goal of the Canadian Nursing Advisory Committee was to “formulate recommendations for policy direction that would improve the quality of nursing work-life at the federal, provincial and territorial levels.”<sup>106</sup> The Committee was comprised of 16 members, 12 of whom were from non-government organizations and employers, three represented provincial or territorial governments, and one was from the federal government. Representatives were selected from among the three nursing professions:

## 3.2 Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes

En 2001, le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers présentait son rapport sur le travail du personnel infirmier, intitulé *Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*.<sup>105</sup> « Le premier objectif du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers consistait à formuler des recommandations quant à des directives visant l'amélioration de la qualité de la vie professionnelle des infirmières aux niveaux fédéral, provincial et territorial. »<sup>106</sup> Le Comité était formé de 16 membres, dont 12 provenaient d'organismes non gouvernementaux et d'employeurs, trois représentaient des gouvernements provinciaux ou territoriaux, et un autre était issu du gouvernement fédéral. Des représentants du personnel infirmier ont été choisis au sein des trois professions infirmières : infirmières et infirmiers autorisés, infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés et infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Le comité, présidé par Michael Decter, a

Registered Nurses, Registered Psychiatric Nurses and Licensed Practical Nurses. Michael Decter served as the Committee Chair. The Advisory Committee presented 51 recommendations that can be summarized in three general directives:

- 1) the need to increase the number of nurses;
- 2) the need to improve the education and maximize the scope of practice of nurses; and
- 3) the need to improve working conditions of nurses.



A more detailed presentation of the recommendations of the Canadian Nursing Advisory Committee Report can be found in Appendix Two.

There is widespread recognition that a multi-faceted approach to dealing with the nursing shortage is warranted and appropriate. This is evidenced by the general concurrence of the findings and recommendations from a variety of nursing studies and related research that have been conducted over the past 10 years.

présenté 51 recommandations qui peuvent se résumer en trois directives générales :

- 1) la nécessité d'augmenter le nombre d'infirmières et d'infirmiers;
- 2) la nécessité d'améliorer la formation et de maximiser le champ de pratique du personnel infirmier; et
- 3) la nécessité d'améliorer les conditions de travail des infirmières et infirmiers.

Les recommandations du rapport du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers sont présentées plus en détail à l'Annexe deux.

Il est largement reconnu qu'il est justifié d'adopter une approche multidimensionnelle pour s'attaquer au problème de la pénurie de personnel infirmier. La convergence générale des résultats et recommandations de différentes études sur la profession infirmière et des recherches connexes menées ces 10 dernières années le prouvent largement.

Il ne fait aucun doute qu'il est nécessaire d'accroître l'offre de personnel et la productivité des effectifs ainsi que le nombre de nouvelles et nouveaux diplômés, d'assurer une planification concertée des ressources humaines et de veiller à ce que le personnel infirmier puisse travailler de manière autonome dans les lieux de pratique. Ce qui compte le plus dans ces stratégies, c'est de régler les problèmes liés à l'environnement de travail et à la qualité de vie au travail. Cela veut dire, par exemple, se préoccuper de la sécurité au travail, éliminer la violence et l'intimidation et assurer une dotation suffisante, la gestion des charges de travail, une rémunération adéquate, permettre

There is no question that there is a need to increase the supply and productivity of nurses, increase the number of new graduates from educational institutions, ensure coordinated nursing human resource planning, and ensure nurses work autonomously in the practice setting. Most important among these strategies is the imperative to address issues related to the nursing workplace and work-life. This includes, for example, attention to workplace safety, eliminating workplace violence and bullying, and ensuring adequate staffing, workload management, appropriate compensation, empowerment and engagement in decision making. Renee Torgerson summarizes the problem well when she states:



*Nurses continue to work long hours and work short-staffed, sometimes in environments where they are exposed to unsafe conditions and are subject to physical assault and emotional abuse. They have*



**One study suggests that an alarming 66% of new graduate nurses reported severe levels of emotional exhaustion. (Maslach, C., S.E. Jackson and M.P. Leiter. 1996. Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.)**

**Selon une étude, il existe une proportion alarmante d'infirmières et infirmiers nouvellement diplômés, soit 66 %, qui connaissent des degrés préoccupants d'épuisement affectif.» (Maslach, C., S.E. Jackson and M.P. Leiter. 1996. Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.)**

l'autonomie du personnel infirmier et sa participation à la prise de décision. Renée Torgerson résume bien le problème lorsqu'elle dit ce qui suit :

*Les infirmières et infirmiers continuent à travailler de longues heures en nombre insuffisant, parfois dans des milieux où ils sont exposés à des situations dangereuses et susceptibles de subir des agressions physiques et de la violence psychologique. Les taux de dépressions, de blessures et de pression au travail qu'elles subissent sont très élevés. Ces problèmes sont en grande partie attribuables à une planification à court terme et à des milieux qui considèrent le personnel infirmier comme une dépense plutôt que comme une composante essentielle des soins donnés aux patients.<sup>107</sup> (Traduction libre)*

En considérant les étapes nécessaires pour s'attaquer à la pénurie de personnel infirmier, les leaders du secteur de la santé doivent pouvoir répondre à la question suivante : quels avantages pourra-t-on tirer d'une augmentation du recrutement d'infirmières et d'infirmiers si, au bout du compte, ils quittent la profession du fait de conditions de travail inacceptables? Les gouvernements et les administrateurs de systèmes de santé doivent voir la réalité en face : des milieux de travail stressants, des taux élevés de maladie ou d'incapacité physique, une mauvaise santé mentale, des taux inacceptables de violence physique et psychologique au travail, des charges de travail excessives et des milieux de travail défavorables sont des aspects du contexte infirmier qui ne peuvent prêter leur concours aux slogans appuyant le recrutement. Les jeunes femmes et jeunes



The 13 national partners that form the Quality Worklife –Quality Healthcare Collaborative are:

- Canadian Council on Health Services Accreditation (CCSHA);
- Academy of Canadian Executive Nurses (ACEN);
- Association of Canadian Academic Healthcare Organizations (ACAHO);
- Canadian College of Health Services Executives (CCHSE);
- Canadian Federation of Nurses Unions (CFNU);
- Canadian Healthcare Association (CHA);
- Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF);
- Canadian Medical Association (CMA);
- Canadian Nurses Association (CNA);
- Canadian Patient Safety Institute (CPSI);
- Health Action Lobby (HEAL);
- National Quality Institute (NQI); and
- VON Canada.

Les 13 partenaires nationaux qui forment la Coalition pour la qualité de vie au travail et des soins de santé de qualité sont :

- Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS);
- Académie des chefs de direction en soins infirmiers (ACDSI);
- Association canadienne des institutions de santé universitaires (ACISU);
- Collège canadien des directeurs de services de santé (CCDSS);
- Fédération canadienne des syndicats d'infirmiers et d'infirmières (FCSII);
- Association canadienne des soins de santé;
- Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS);
- Association médicale canadienne (AMC);
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC);
- Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP);
- Groupe d'intervention action santé (HEAL);
- Institut national de la qualité (INQ); et
- Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON).

*high rates of depression, injury, and job strain. Much of this can be attributed to short-term planning and an environment that views nurses as an expense rather than a significant component in patient care.<sup>107</sup>*

As leaders in health care contemplate the steps necessary to address the nursing shortage, they must be able to answer the following question: What benefit will be gained by increasing the recruitment of nurses if, on the other end of the equation, nurses are leaving the field because of unacceptable working conditions? Governments and health system administrators must face the

hommes en quête d'options de carrière doivent voir des aspects attrayants de la pratique infirmière pour envisager d'y faire carrière. Il est donc primordial que les responsables des politiques se penchent sur la qualité de vie au travail du secteur infirmier. L'augmentation des effectifs et de la productivité ne résoudra pas à elle seule le problème de la pénurie de personnel infirmier.

À cet égard, il y a des leçons à tirer d'autres administrations. Les systèmes de santé qui s'attachent à une culture d'entreprise et qui mettent en œuvre des politiques de soutien reconnaissant l'importance et la valeur du personnel infirmier réussissent à contrer la pénurie.<sup>108</sup> Les organismes de santé doivent développer une culture organisationnelle et des politiques



reality that stressful work environments, high rates of physical illness and disability, poor mental health, unacceptably high rates of workplace violence and emotional abuse, excessive workloads and unsupportive work environments are characteristics of nursing work-life that do not lend themselves well to recruitment slogans. Young women and men in search of career options need positive incentives to consider nursing as a profession. Thus, attending to nursing work-life issues



is of paramount concern for policy makers. Increasing supply and productivity alone will not resolve the nursing shortage.

In this regard there are lessons to be learned from other jurisdictions. Health systems that attend to workplace culture and those that implement supportive policies that recognize the importance and value of nurses have been successful in reversing shortages.<sup>108</sup> Health organizations need to develop an organizational culture and personnel policies

de personnel qui traduisent leur souci des besoins de leurs employés et leur reconnaissance du personnel infirmier en tant que ressource précieuse.<sup>109</sup> Le Programme de reconnaissance Magnet (PRM) en est un bon exemple.

Le PRM a été conçu par l'American Nurses Credentialing Center (ANCC) pour honorer les organisations qui satisfont aux critères démontrant le respect de normes d'excellence élevées en matière de soins infirmiers.<sup>110</sup> Le processus de reconnaissance Magnet comporte une autonomination et une auto-évaluation d'après les normes Magnet, suivies d'une visite de l'établissement par les évaluateurs Magnet du ANCC.<sup>111</sup> Les milieux de pratique infirmière sont évalués selon 14 critères : la qualité du leadership infirmier, la structure organisationnelle, le style de gestion, les politiques et programmes en matière de personnel, la qualité des soins, les modèles

professionnels en matière de soins, les degrés d'autonomie, l'assurance de la qualité, la consultation et les ressources, la communauté et l'hôpital, les infirmières et



that reflect the agency's concern for their employees' needs and that demonstrate a recognition of nurses as valuable assets.<sup>109</sup> An example of this is the Magnet Recognition Program (MRP).

The MRP was developed by the American Nurses Credentialing Center (ANCC) to recognize organizations that meet or exceed the requisite criteria that exemplify a high standard of nursing excellence.<sup>110</sup> The Magnet recognition process involves self-nomination and self-appraisal based on the Magnet standards, followed by a site visit by ANCC Magnet evaluators.<sup>111</sup> Nursing practice environments are evaluated against 14 criteria: quality of nursing leadership, organizational structure, management style, personnel policies and programs, quality of care, professional models of care, levels of autonomy, quality assurance, consultation and resources, community and the hospital, nurses as teachers, image of nursing, nurse-physician relationships, and professional career development.<sup>112</sup>

The key characteristics of Magnet-designated hospitals include a culture that promotes nurses' professional autonomy over practice, nursing control over practice environments, and effective communication among nurses, physicians and administrators.<sup>113</sup> Magnet hospitals typically experience lower turnover rates, higher nurse ratings of job satisfaction,



infirmiers en tant qu'enseignants, l'image de la profession infirmière, les relations entre le personnel infirmier et les médecins, et le perfectionnement professionnel.<sup>112</sup>

La caractéristique principale des hôpitaux Magnet est une culture qui favorise l'autonomie dans la pratique professionnelle, la maîtrise de l'environnement de travail par le personnel infirmier et une communication efficace entre le personnel infirmier, les médecins et les administrateurs.<sup>113</sup> Les hôpitaux Magnet connaissent en général de plus faibles taux de roulement de personnel, de plus hauts taux de satisfaction au travail chez les infirmières et les infirmiers, un nombre plus restreint de postes à combler et une qualité plus élevée de soins, comparativement aux hôpitaux qui ne bénéficient pas de la désignation Magnet.<sup>114 115</sup> Cette information n'a pas pour but d'inciter les hôpitaux canadiens à obtenir cette désignation, mais plutôt de témoigner de l'importance de régler les problèmes liés au milieu de travail infirmier et, par suite, d'améliorer la qualité des soins fournis. Il y a beaucoup à apprendre de l'expérience Magnet. Tenter d'augmenter



lower numbers of nursing vacancies, and higher ratings of quality of care when compared to non-Magnet status hospitals.<sup>114</sup><sup>115</sup> This information is presented not as a directive for Canadian hospitals to seek Magnet recognition, but rather as an argument to recognize the importance of attending to workplace issues for nurses and, in turn, improve the quality of care delivered. Much can be learned from the Magnet experience. Attempting to increase the supply of nurses to keep pace with attrition is not facing the reality of the need to address work-life issues and workplace



les effectifs infirmiers afin de suivre le rythme de la réduction naturelle des effectifs, c'est tourner le dos au besoin bien réel de s'attaquer aux problèmes liés à la qualité de vie au travail et aux environnements de travail, qui sont des facteurs majeurs de la pénurie de ressources infirmières.

Enfin, il est nécessaire de créer une culture de responsabilisation parmi les groupes défendant les intérêts du personnel infirmier, des employeurs, des gouvernements et du public. On dit que la responsabilisation est comme l'électricité : ses caractéristiques rendent immédiatement perceptible sa présence dans un système.<sup>116</sup> Or, en l'absence de mécanismes assurant la responsabilisation, les effets se font aussi sentir, quoique pas toujours immédiatement. La responsabilisation est définie comme « ... une relation fondée sur l'obligation de faire la preuve et d'assumer la responsabilité d'un rendement à la lumière d'attentes convenues. »<sup>117</sup> Ce n'est qu'en tenant les employeurs et les gouvernements responsables de ce qu'ils font ou ne font pas par rapport aux enjeux infirmiers que les problèmes de pénurie de ressources infirmières et ceux liés à la qualité de vie au travail du personnel infirmier pourront vraiment être résolus.



**The latest collective agreement between the United Nurses of Alberta and Alberta's Health Boards includes a letter of understanding regarding staffing and workload initiatives. A Joint Task Force of union and employer representatives will consider issues such as:**

- nurse-to-patient ratios;
- staffing plans;
- frameworks and principles for staffing;
- workload measurement systems;
- scopes of practice;
- healthy workplaces; and
- inter-disciplinary teams.

(Collective Agreement Between United Nurses of Alberta and HBA Services, Business Services for Alberta's Health Boards, April 1, 2007 - March 31, 2010, p.150. Available: [www.una.ab.ca](http://www.una.ab.ca))

**La dernière convention collective conclue entre les Infirmières et infirmiers unis de l'Alberta et les conseils de santé de l'Alberta comprend une lettre d'entente concernant des initiatives relatives à la dotation et aux charges de travail. Un groupe de travail mixte composé de représentants du syndicat et des employeurs se penchera sur des questions comme les suivantes :**

- ratio infirmières-patients;
- plans de dotation;
- cadres et principes de dotation;
- systèmes de mesure du travail;
- champs de pratique;
- milieux de travail sains; et
- équipes interdisciplinaires.

(Collective Agreement Between United Nurses of Alberta and HBA Services, Business Services for Alberta's Health Boards, April 1, 2007 - March 31, 2010, p.150. Consultable à : [www.una.ab.ca](http://www.una.ab.ca) )

environments as a significant contributing factor to the nursing shortage.

Finally, there is a need to create a culture of accountability among groups representing the interests of nurses, employers, governments and the public. It has been said that accountability is like electricity: it possesses characteristics that make its presence in a system immediately known.<sup>116</sup> Conversely, when processes to ensure accountability are not present, the effects are also known,

though not always immediately. Accountability is defined as "... a relationship based on the obligation to demonstrate and take responsibility for performance in light of agreed upon expectations."<sup>117</sup> It is only by holding employers and governments accountable for their action or inaction on nursing issues that the nursing shortage and work-life problems for nurses can be effectively addressed.

A focus on sustainability and a process to establish achievable targets and monitor progress on various



**In 2008, the government of British Columbia announced \$1.4 million in funding for a new three-year Bachelor of Nursing Science program at the British Columbia Institute of Technology. The new program would permit nurses to gain their degree a year sooner with significant on-the-job training. (www.news.gov.bc.ca)**

**En 2008, le gouvernement de la Colombie-Britannique a annoncé un financement de 1,4 million de dollars pour un nouveau programme de baccalauréat de trois années en sciences infirmières à l'Institut de technologie de la Colombie-Britannique. Ce nouveau programme permettrait aux infirmières et infirmiers d'obtenir leur diplôme une année plus tôt grâce à une bonne formation en milieu de travail. (www.news.gov.bc.ca)**



Mettre l'accent sur la durabilité et sur l'établissement d'un mécanisme visant à définir des objectifs réalisables et à surveiller les progrès de diverses initiatives devrait constituer une composante

essentielle de l'élaboration des politiques. Cette visée nécessite la communication avec le public concernant les nombreux rapports d'étape qui étudient la main-d'œuvre infirmière, la définition des critères de succès, la surveillance, la mise en œuvre et l'évaluation des résultats. Le Conseil du Trésor du Canada a déterminé un modèle exhaustif pour le cadre de responsabilisation :<sup>118</sup>

- 1. Clarté des rôles et des responsabilités.** Il est nécessaire de définir les responsabilités, les fonctions, les obligations et les pouvoirs connexes des groupes partenaires, par ex., les infirmières et infirmiers, les employeurs et les gouvernements. Il faut aussi préciser de quelle manière ces responsabilités seront assumées. Une compréhension claire des rôles et responsabilités de chaque partenaire est absolument nécessaire pour satisfaire aux exigences de base d'un lien de responsabilité efficace.
- 2. Clarté des attentes de rendement.** Si les attentes ne sont pas clairement énoncées, il est difficile d'évaluer si les objectifs ont été atteints. Il est donc nécessaire que les infirmières et infirmiers, les employeurs et les gouvernements établissent une entente mutuelle quant aux objectifs en matière de recrutement de personnel infirmier et de création de postes à temps plein, de

initiatives should be an integral component of policy development. This involves communicating with the public on the status of numerous reports that have examined the nursing workforce, identifying benchmarks for success, monitoring implementation and evaluating outcomes. The Treasury Board of Canada identifies a model for a comprehensive accountability framework:<sup>118</sup>

**1. Clear roles and responsibilities.** There is a need to define the responsibilities, duties, obligations and related authorities of the groups involved in a partnership, e.g. nurses, employers and governments. There is a need to specify how those responsibilities will be fulfilled. Without a clear understanding of each partner's roles and responsibilities, the basic requirements for an effective accountability relationship are not present.



**2. Clear performance expectations.** In the absence of clearly articulated expectations, it is difficult to evaluate whether objectives have been achieved. There is a need, then, to establish mutually agreed upon performance targets among nurses, employers and governments for the recruitment of new nurses and the creation of full-time positions, for

maintien en poste, de formation continue et d'initiatives favorisant des environnements de travail sains, de financement de nouveaux programmes ainsi que pour d'autres buts concrets.

**3. Équilibre des attentes et des capacités.** Pour qu'un lien de responsabilité soit efficace, il faut que les attentes soient précises et réalistes. Il doit donc y avoir un équilibre entre les résultats escomptés et la capacité nécessaire (c.-à-d. des ressources suffisantes) pour atteindre ces résultats.

**4. Crédibilité de l'information communiquée.** Pour qu'un lien de responsabilité soit efficace, il faut que de l'information crédible et pertinente soit rapportée et que les exigences en matière d'information soient précisées de manière franche et transparente et approuvées d'avance par toutes les parties.

retention, continuing education, and healthy workplace initiatives, for the funding of new programs and for other concrete goals.

3. **A balance of expectations with capacities.** In an effective accountability relationship, the expectations must be specific, realistic and achievable. There must be a balance between expected outcomes and capacity (adequate resources) to achieve these outcomes.
4. **Credible reporting.** In an effective accountability relationship, there is a need for credible reporting of relevant information. Information needs and reporting requirements should be specified in an open and transparent manner and agreed upon in advance by all parties.
5. **Mechanisms for review and adjustment.** Finally, there is a need to establish a process whereby the performance of the various partners can be evaluated and how remedial action, if required, will be undertaken.



5. **Mécanismes d'examen et d'ajustement.** Enfin, il est nécessaire de prévoir un mécanisme permettant d'évaluer le rendement des différents partenaires et, si nécessaire, de déterminer la manière dont les mesures correctives seront prises.



## 4.0 Recommendations: A Renewed Call for Action

The nursing shortage and all the factors that contribute to the nursing shortage have been studied extensively. Now, it is time for action.

### *Preamble:*

A plethora of evidence suggests that many nurses are working in sub-optimal environments that are adversely affecting their physical and mental well-being. This, in turn, also affects the delivery of quality patient care. While progress is being made, the advance is slow.<sup>119</sup> Every major study that has examined nursing in the past 15 years has highlighted the importance of improving the work-life of nurses. While some progress is being made to improve nursing work-life issues, there is still more work to be done.

Attention to eliminating workplace violence and bullying, enhancing workplace safety, ensuring access to appropriate technology to perform their work, eliminating the over-utilization of nurses and eliminating mandatory paid and unpaid overtime are all necessary.

Poor working conditions are leading to poor health, job dissatisfaction and burnout among nurses. Strategies should



## 4.0 Recommandations : Un nouvel appel à l'action

La pénurie de ressources infirmières et tous les facteurs y contribuant ont été étudiés de manière exhaustive. Il est maintenant temps d'agir.

### *Préambule :*

Une multitude de faits suggèrent que beaucoup d'infirmières et d'infirmiers travaillent dans un environnement sous-optimal qui nuit à leur santé et à leur bien-être physique et mental. Cette situation, à son tour, nuit à la prestation de soins de qualité aux patients. Bien que des progrès soient réalisés, certains faits indiquent une progression lente.<sup>119</sup> Toutes les études de grande envergure qui ont examiné la profession infirmière au cours des 15 dernières années ont souligné l'importance d'améliorer la qualité de vie du personnel infirmier au travail. Bien que des progrès soient réalisés en ce sens, il reste encore à faire.

Il est particulièrement important d'éliminer la violence et l'intimidation du milieu de travail, d'améliorer la sécurité de l'environnement de travail, d'assurer l'accès à des moyens technologiques appropriés à l'exécution du travail, de mettre fin à la surutilisation du personnel infirmier et aux heures supplémentaires obligatoires, payées ou non.

Les conditions de travail médiocres sont cause de mauvaise santé, d'insatisfaction au travail et d'épuisement professionnel chez le personnel infirmier. Les stratégies prévues doivent assurer une dotation en personnel suffisante pour assumer les charges de travail reliées aux patients,

include measures to ensure appropriate staffing to match patient workloads, or reducing service to match available staffing. Nurses deserve respect and fair treatment in the workplace. Nurses, as highly valued professionals, deserve to work in environments that are healthy and promote their well-being.

Improvements in the nursing workplace are central to the resolution of the crisis facing the nursing profession. Therefore, workplace strategies that promote the well-being of nurses – in particular their health and safety – must be made a key priority for provincial governments, employers and nursing unions. New approaches must be developed in collaboration with nursing stakeholders.

An accountability framework should be established to ensure rhetoric is turned into action and agreed upon objectives are pursued by setting measurable and attainable targets, with adequate support and resources.



sinon assurer une réduction du service proportionnellement à la dotation. Les infirmières et infirmiers méritent d'être respectés et traités de manière équitable au travail. Ce sont des professionnels très précieux qui méritent de pouvoir travailler dans un environnement sain et favoriser leur bien-être.

L'amélioration du milieu de travail est indispensable pour résoudre la crise que traverse la profession infirmière. Les gouvernements provinciaux, les employeurs et les syndicats infirmiers doivent donc mettre au premier plan des stratégies qui favorisent le bien-être du personnel infirmier – en particulier sa santé et sa sécurité. De nouvelles approches doivent être définies en collaboration avec les parties intéressées du domaine infirmier.

Un cadre de responsabilisation doit être établi afin de s'assurer que les mots sont suivis par des actions et que les objectifs convenus sont poursuivis en se donnant des buts mesurables et atteignables, avec des ressources et un soutien suffisants.



**Recommendation 1** Processes should be put in place to ensure health organizations are held accountable for their actions and non-actions regarding the creation of safe and healthy work environments for nurses. The absence of an agreed upon accountability framework may lead to conflicting viewpoints regarding the most appropriate way to manage service reductions when staffing concerns are prevalent.



***Preamble:***

There are many examples of innovations in nursing practice, management and workplace health and safety in Canada and abroad. These examples need to be documented and shared among jurisdictions and organizations. “Reinventing the wheel” every time a problem is encountered is a waste of valuable resources. Sharing best practices can create a learning environment, improve patient care, save money, promote the empowerment of nurses and encourage innovation. Ultimately, these innovations will improve patient care.

**Recommandation 1** Il faudrait mettre en place des processus garantissant que les organisations de santé rendent compte des mesures qu’elles prennent, ou ne prennent pas, concernant l’établissement de milieux de travail sûrs et sains pour le personnel infirmier. Lorsqu’il existe des préoccupations au chapitre de la dotation, l’absence d’un cadre de responsabilisation déterminé peut donner lieu à des points de vue conflictuels quant à la meilleure manière de gérer la réduction des services.

***Préambule :***

Il existe maints exemples d’innovation dans la pratique infirmière, la gestion ainsi que la santé et la sécurité au travail au Canada et à l’étranger. Ces exemples doivent être documentés et communiqués aux diverses administrations et organisations. « Réinventer la roue » chaque fois qu’un problème se présente constitue un gaspillage de ressources précieuses. Échanger à propos de pratiques exemplaires peut créer milieu favorable à l’apprentissage, améliorer les soins donnés aux patients, faire économiser de l’argent ainsi que promouvoir l’autonomie du personnel infirmier et encourager l’innovation. En fin de compte, ces innovations amélioreront les soins prodigués.

## Recommandation 2

**In consultation with stakeholders, the Office of Nursing Policy, Health Canada, should establish a clearing house for “best practices” in nursing management, practice and staffing models, and for innovations in workplace health and well-being.**



### *Preamble:*

There are many examples of strategies and policy initiatives to address the nursing shortage and improve nursing work-life that have been implemented, evaluated and proven successful. Standards and criteria similar to the Magnet Recognition Program should become the minimum performance standard for Canadian health organizations.

Nurses play an important role in delivering quality health care. Health organizations should create workplace environments that maximize nurses' ability

## Recommandation 2

**Le Bureau de la politique des soins infirmiers de Santé Canada devrait établir, après consultation des parties prenantes, un centre d'information sur les pratiques exemplaires en matière de gestion infirmière, d'exercice de la profession, de modèles de dotation et d'innovations quant à la santé et au bien-être au travail.**

### *Préambule :*

Il existe maints exemples de stratégies et d'initiatives stratégiques pour s'attaquer au problème de pénurie de ressources infirmières et améliorer la qualité de vie au travail du personnel infirmier, qui ont été mises en œuvre, évaluées et jugées réussies. Des normes et des critères semblables à ceux du Programme de reconnaissance Magnet devraient devenir la norme de rendement minimale pour les organisations de santé canadiennes.

Le personnel infirmier joue un rôle important dans la prestation de soins de santé de qualité. Les organisations de santé devraient créer des environnements de travail maximisant sa capacité à pratiquer de manière autonome, et ce, d'une manière qui montre qu'elles considèrent les infirmières et infirmiers comme des ressources précieuses et des membres respectés de leur équipe de santé.

## Recommandation 3

**Les gouvernements provinciaux, l'Association canadienne des soins de santé, les organisations de santé privées et les syndicats**

to practice autonomously and in a manner that demonstrates the organization's recognition of nurses as valued assets and respected members of the health team.

**Recommendation 3** Provincial governments, the Canadian Healthcare Association, individual health organizations, and nursing unions need to focus their efforts on creating a “Magnet culture” within Canada’s health system as a means to engage and empower nurses. Employers, unions and governments need to develop and adopt strategies that empower and promote the autonomy of nurses.



### *Preamble:*

It is well documented that excessive workloads have a detrimental effect on nurses and their patients. Conversely, appropriate workloads, the presence of more experienced nurses and higher levels of educational preparation of nurses promote quality patient care. Innovative practices, such as nurse-patient ratios that are being implemented in other jurisdictions such

**infirmiers doivent s’attacher à créer au sein du système de santé canadien une culture d’attraction comme moyen de favoriser la participation active et l’autonomie du personnel infirmier. Les employeurs, les syndicats et les gouvernements doivent élaborer et adopter des stratégies donnant à ce personnel des moyens d’agir et une plus grande autonomie.**

### *Préambule :*

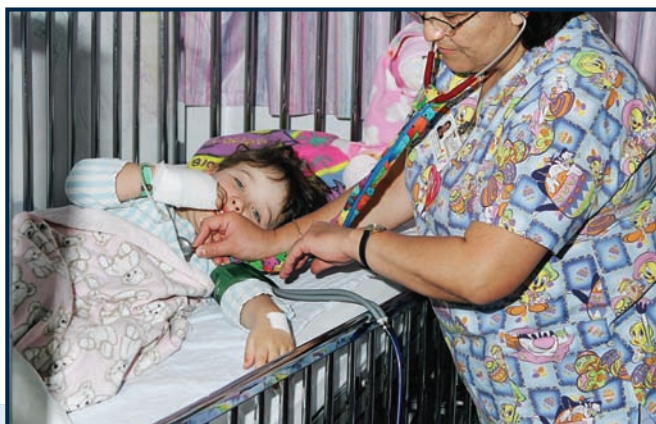
Bon nombre d’études ont démontré que les charges de travail excessives ont des effets néfastes sur les infirmières et les patients. À l’opposé, des charges de travail appropriées, un plus grand nombre d’infirmières et d’infirmiers expérimentés sur place et des degrés de formation plus élevés chez le personnel infirmier favorisent la qualité des soins donnés aux patients. Les pratiques novatrices, telles que le ratio infirmière-patient, qui sont mises en œuvre dans d’autres pays, comme les États-Unis et l’Australie, donnent au personnel infirmier canadien l’occasion de tirer des leçons de ces initiatives et peut-être d’en tirer parti.<sup>120</sup>

Pour établir des stratégies gagnantes, visant à favoriser des milieux de travail productifs, il faut aussi veiller à ce que ces milieux soient favorables à la bonne santé physique et mentale et offrent une rémunération et des avantages sociaux suffisants, et à ce qu’ils favorisent les relations de coopération avec la direction ainsi que des ratios infirmière-patient et des charges de travail appropriés.<sup>121 122 123</sup>

as the United States and Australia, present opportunities for Canadian nurses to learn and possibly benefit from these initiatives.<sup>120</sup>

Key strategies to promote productive workplaces also include attention to ensuring workplaces promote physical and mental health, adequate compensation and benefits, supportive relationships with management, appropriate nurse-to-patient ratios and appropriate workloads.<sup>121</sup>  
122 123

Retention strategies for novice nurses must include attending to their need for mentoring and transitional support into the workplace. Employers must also focus special attention on the needs of experienced nurses, and incentives must be developed to encourage these nurses to remain in the profession as practitioners, mentors and teachers.



Les stratégies de maintien en poste à l'intention des infirmières et infirmiers novices doivent prendre en compte leur besoin de mentorat et de soutien pour la transition au milieu de travail. Les employeurs doivent accorder une attention toute particulière à la nécessité de disposer de personnel infirmier expérimenté et de mesures incitatives visant à encourager les infirmières et infirmiers à demeurer dans la profession en tant que praticiens, mentors et enseignants.

#### **Recommandation 4**

**Les gouvernements provinciaux, les employeurs et les syndicats infirmiers doivent élaborer des stratégies pour favoriser l'établissement de charges de travail adéquates pour le personnel infirmier, de systèmes de gestion de la charge de travail, d'initiatives de dotation novatrices (par exemple, une norme pour les ratios infirmières-patients), ainsi que de stratégies pour accroître la productivité du personnel infirmier, c'est-à-dire le décharger des tâches non infirmières (comme l'entretien ménager, les travaux administratifs et les fonctions de porteur d'hôpital), lui fournir les outils technologiques appropriés pour accroître l'efficacité, créer des lieux de travail bien pensés sur le plan de l'ergonomie et favoriser l'autonomie dans tous les aspects de la pratique de la profession infirmière.**

**Recommendation 4** Provincial governments, employers and nursing unions must develop strategies to advance the implementation of appropriate workloads for nurses, workload management systems, innovative staffing initiatives (for example, standardized nurse-patient ratios) and strategies to enhance the productivity of nurses, i.e. relieving nurses of non-nursing duties (e.g. housekeeping, clerical, and porter functions), providing appropriate technologies to improve efficiency, creating ergonomically efficient workplaces, and promoting nurse autonomy in all aspects of nursing practice.

**Recommendation 5** Employers need to end practices that contribute to poor physical and mental health of nurses, including overuse practices (such as mandatory paid and unpaid overtime and callback, not permitting nurses to have adequate time off between shifts, not letting nurses take vacation, etc.).



**Recommandation 5** Les employeurs doivent mettre fin aux pratiques qui nuisent à la santé physique et mentale du personnel infirmier, notamment les pratiques abusives : heures supplémentaires obligatoires, payées ou non, rappels au travail, période de repos insuffisante entre les quarts de travail, empêchement de prendre des vacances, etc.

**Recommandation 6** Les employeurs doivent élaborer, en collaboration avec les parties prenantes du secteur des soins infirmiers, des mesures visant à maintenir en poste le personnel en milieu ou en fin de carrière. Exemples : programmes de formation continue, programmes



**Recommandation 6** Employers, in concert with nursing stakeholders, need to develop retention initiatives for mid to late career nurses, such as continuing education, programs to encourage experienced nurses to participate in nursing education, differential benefit plans, and healthy work-life balance initiatives.

**Recommandation 7** Employers, government and nursing unions need to work together to establish targets for recruitment, appropriate workloads, etc.

**Recommandation 8** Employers need to focus on initiatives to retain and support novice nurses as they enter the workforce along with incentives to retain experienced nurses.



**Preamble:**

Vibrant and responsive nursing education programs are the foundation upon which the future supply of nurses in Canada will be grounded. Governments

pour encourager le personnel expérimenté à participer à la formation, avantages sociaux différents et initiatives favorisant un sain équilibre travail-vie.

**Recommandation 7** Les employeurs, le gouvernement et les syndicats infirmiers doivent travailler de concert à établir des objectifs de recrutement, des charges de travail adéquates, etc.

**Recommandation 8** Les employeurs doivent s'attacher à prendre des mesures pour retenir et soutenir le personnel infirmier novice qui entre dans la vie active ainsi qu'à offrir des incitations pour retenir le personnel expérimenté.

**Préambule :**

Pour assurer l'avenir de l'effectif infirmier au Canada, il faut offrir des programmes de formation infirmière souples et dynamiques. Les gouvernements et les établissements d'enseignement doivent assurer un financement suffisant et augmenter le nombre de places disponibles pour les étudiants en sciences infirmières, afin de pouvoir répondre à la demande à long terme. Fournir l'espace nécessaire, utiliser des approches novatrices pour les stages cliniques et s'assurer de disposer d'un corps professoral infirmier qui a la formation requise sont des aspects essentiels d'une stratégie de

and educational institutions must ensure adequate funding and increase the number of educational seats for nursing students as required to meet long-term demands. Physical space, innovative approaches to clinical placements and ensuring a well-educated supply of nursing faculty are essential components of an educational strategy for nursing. Efforts must be made to utilize senior, experienced (late career nurses) in the process of educating new nurses. Moreover, there is a need to utilize the most current advances in technology to facilitate nursing education.

Recruitment strategies encouraging young people (and people considering a second career) to enter the nursing profession, in particular young people from First Nation, Inuit and Métis cultures, should be a priority. Nursing professional organizations, governments, employers, educators and nursing unions must work together to identify strategies that will enhance the image of nursing as a profession.

**Recommendation 9**

**Governments and educational institutions need to focus on making nursing education programs viable and sustainable to meet long-term demands for nursing professionals. Attention to increasing the capacity of nursing programs to graduate more nurses by ensuring adequate funding, physical space, faculty, clinical placements, appropriate technology, etc. must be a priority.**



formation pour la profession infirmière. Il faut s'efforcer d'intégrer le personnel infirmier plus âgé, expérimenté (par ex., en fin de carrières), dans le processus de formation. De plus, il est nécessaire d'utiliser les plus récents progrès technologiques pouvant faciliter cette formation.

Les stratégies de recrutement encourageant les jeunes (et les personnes envisageant une deuxième carrière) à entrer dans la profession infirmière, en particulier les jeunes des cultures des Premières nations, des Inuits et des Métis, devraient constituer une priorité. Les organisations professionnelles infirmières, les gouvernements, les employeurs, les éducateurs et les syndicats infirmiers doivent travailler ensemble à définir des stratégies qui amélioreront l'image de la profession.



**Recommandation 10** Governments and employers should provide appropriate support (financial and other) to nursing students during their education as a way to recruit individuals into the profession. Explicit targets for enrolments, funding (and other support), new faculty, etc. must be established by employers, educational institutions, governments and nursing unions. Particular emphasis must be placed on the recruitment of young people into the nursing profession, in particular First Nation, Inuit and Métis.



**Recommandation 9** Les gouvernements et les établissements d'enseignement doivent s'attacher à rendre durables les programmes de formation infirmière de façon à pouvoir répondre aux besoins à long terme en professionnels infirmiers. Veiller à accroître la capacité des programmes de formation infirmière afin d'augmenter le nombre d'infirmières diplômées, en fournissant le financement, l'espace, les professeurs, et les moyens technologiques nécessaires, en garantissant des placements en milieu clinique, etc., doit être prioritaire.

**Recommandation 10** Les gouvernements et les employeurs devraient procurer aux étudiants en sciences infirmières un soutien adéquat (financier et autre) afin de favoriser le recrutement. Des objectifs clairs quant aux inscriptions, au financement (et autres moyens de soutien), nouveaux professeurs, etc. doivent être établis par les employeurs, les établissements d'enseignement, les gouvernements et les syndicats infirmiers. On doit mettre particulièrement l'accent sur le recrutement des jeunes, surtout chez les Premières nations, les Inuits et les Métis.



## References

- 1 Canadian Institute for Health Information. (2007). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2006*. Ottawa. ISBN 978-1-55465-126-9 (PDF).
- 2 Canadian Institute for Health Information. (2003). *Workforce Trends of Licensed Practical Nurses in Canada, 2002*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.
- 3 Ibid.
- 4 Shields, M. (2006). *Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses*. Co-published by Health Canada and Canadian Institute for Health Information. ISBN 0-662-44484-1. p. xii.
- 5 Ibid. p. xiii.
- 6 Ibid. p. xiii.
- 7 Canadian Institute for Health Information. (2007). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2006*. Ottawa. ISBN 978-1-55465-126-9 (PDF).
- 8 Jenssen, S., & McCracken, M.C. (2006). *Trends in Illness and Injury-Related Absenteeism and Overtime among Publicly Employed Registered Nurses: Summary of Key Findings*. Document prepared for: The Canadian Nurses Association.
- 9 Ibid. p. 6.
- 10 Ibid. p. 10.
- 11 Shields, M. (2006). Op. cit. p. xiii.
- 12 CIHI. (2007). Op. cit. p.25.
- 13 CIHI. (2007). Op. cit. p.47.
- 14 Ibid. p. 18-19.
- 15 Shields, M. (2006). Op. cit. p. xiv.
- 16 Shields, M. (2006) Op. cit. p. xiv.
- 17 Berliner, H.S., & Ginzberg, E. (2002). Why this hospital nursing shortage is different. *JAMA*, 288(12), 2742-2744.
- 18 Canadian Nurses Association. (2002). *Planning for the Future: Nursing Human Resource Projections*. ISBN 1-55119-882-7.
- 19 Canadian Institute for Health Information (2007). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2006*. Ottawa. ISBN 978-1-55465-126-9 (PDF).
- 20 Canadian Institute for Health Information. (2007). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada, 2006*. Ottawa. ISBN 978-1-55465-126-9 (PDF) p. 9.
- 21 OECD Health Data 2007. [www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf). [ Accessed April 1, 2008].
- 22 OECD Op. cit. p. 27.
- 23 McGillis Hall, L. (2005). Chapter 2 Nurse Staffing. In L. McGillis Hall (Ed.) *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- 24 Cho, J., Laschinger, H.K.S., & Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership*, 19(3), 43-60.
- 25 Lang, T.A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P.S. & Kravitz, R.L. (2004). A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee and Hospital Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34 (7/8), 326-337.
- 26 Oulton, J.A. (2006). The Global Nursing Shortage: An Overview of Issues and Actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, Supplement to 7(3), 34S-39S.
- 27 Cutliff, J.R., & Yarbrough, S. (2007). Globalization, commodification and mass transplant of nurses: Part 1. *British Journal of Nursing*, 16(14), 876-880.
- 28 Cutliff, J.R., & Yarbrough, S. (2007). Globalization, commodification and mass transplant of nurses: Part 2. *British Journal of Nursing*, 16(15), 926-930.

## Références

- 1 Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006*. Ottawa. ISBN 978-1-55465-127-6 (PDF).
- 2 Institut canadien d'information sur la santé. (2003). *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada, 2002*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé.
- 3 Ibid.
- 4 Shields, M. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Fruit d'une collaboration entre l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et Santé Canada. ISBN 0-662-72917-X (PDF), p.16.
- 5 Ibid. p. 16.
- 6 Ibid. p. 17.
- 7 Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006*. Ottawa. ISBN 978-1-55465-127-6 (PDF).
- 8 Jenssen, S., & McCracken, M.C. (2006). *Tendances de l'absentéisme relié aux maladies et aux blessures et du temps supplémentaire chez les infirmières et infirmiers du secteur public*. Document rédigé pour l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- 9 Ibid.
- 10 Ibid.
- 11 Shields, M. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Fruit d'une collaboration entre l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et Santé Canada. ISBN 0-662-72917-X (PDF), p.18.
- 12 Institut canadien d'information sur la santé. (2007). Op. cit. p.34.
- 13 Institut canadien d'information sur la santé. (2007). Op. cit. p.57.
- 14 Ibid. p. 28.
- 15 Shields, M. (2006). Op. cit. p. 18.
- 16 Shields, M. (2006) Op. cit. p. 18.
- 17 Berliner, H.S., & Ginzberg, E. (2002). Why this hospital nursing shortage is different. *JAMA*, 288(12), 2742-2744.
- 18 Association des infirmières et infirmiers du Canada (June 2002). *Planifier pour demain : Prévisions de ressources humaines en soins infirmiers*. ISBN 1-55119-882-7.
- 19 Institut canadien d'information sur la santé (2007). *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006*. Ottawa. ISBN 978-1-55465-127-6 (PDF).
- 20 Source: Institut canadien d'information sur la santé (2007). *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2006*. Ottawa. ISBN 978-1-55465-127-6 (PDF). p. 17.
- 21 OECD Health Data 2007. [www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/46/33/38979719.pdf) [Consulté le 1er avril 2008].
- 22 OECD Op. cit. p. 27.
- 23 McGillis Hall, L. (2005). Chapter 2 Nurse Staffing. In L. McGillis Hall (Ed.) *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- 24 Cho, J., Laschinger, H.K.S., & Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership*, 19(3), 43-60.
- 25 Lang, T.A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P.S. & Kravitz, R.L. (2004). A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee and Hospital

- 29 Kingma, M. (2007). Nurses on the move: A global overview. *HSR Health Services Research*, 42(3), 1281-1298.
- 30 International Council of Nurses. (2001). *Position Statement: Ethical Nurse Recruitment*. ICN: Geneva.
- 31 Ibid. p.47.
- 32 Statistics Canada. (2005). Population Projections 2005-2013. *The Daily*. Statistics Canada. Ottawa.
- 33 Canadian Institute for Health Information. (2007). *Workforce Trends of Registered Nurses in Canada*, 2006. Ottawa: CIHI.
- 34 Ibid. p. 16.
- 35 Ibid.
- 36 Ibid p. 18.
- 37 Ibid. p. 18-19.
- 38 Kuehn, B.M. (2007). No end in sight to nursing shortage: bottleneck at nursing schools a key factor. *JAMA*, 298(14), 1623-1625.
- 39 Pringle, D., Green, L., & Johnson, S. (2004). *Nursing Education in Canada: Historical Review and Current Capacity. Building the Future: An Integrated Strategy for Nursing Human Resources in Canada*. Nursing Sector Study Corporation. Ottawa.
- 40 Ibid. p. 56.
- 41 Amella, E.J. (2004). Presentation of illness in older adults. *American Journal of Nursing*, 104(10), 40-51.
- 42 Knickman, J.R., & Snell, E.K. (2002). The 2030 problem: Caring for aging baby boomers. *Health Services Research*, 37(4), 849-884.
- 43 Edlund, B.J., Lufkin, S.R., & Franklin, B. (2003). Long-term care planning for baby boomers: addressing an uncertain future. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(2), 3.
- 44 Rice, D.P., & Fineman, N. (2004). Economic implications of increased longevity in the United States. *Annual review of Public Health*, 25, 457-473.
- 45 Martini, E.M., Garrett, N., Lindquist, T., & Isham, G.J. (2007). The boomers are coming: A total cost of care model of the impact of population aging on healthcare costs in the United States by Major Practice Category. *Health Services Research*, 42(1 Pt 1), 201-218.
- 46 Corpus Sanchez International Consultancy. (2007). *Changing Nova Scotia's Healthcare System: Creating Sustainability Through Transformation: System-Level Findings and Overall Directions for Change from the Provincial Health Services Operational Review (PHSOR) (Final Report)*. Submitted to Deputy Minister of Health. Nova Scotia.
- 47 Flaskerud, J.H., & Winslow, B.J. (1999). Conceptualizing Vulnerable Populations Health Related Research. *Nursing Research*, 47(2), 69-78.
- 48 Mitura, V., & Bollman, R.D. (2003). The health of rural Canadians: A rural-urban comparison of health indicators. Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin Catalogue, 4(6), No. 21-006-XIE. Statistics Canada: Ottawa.
- 49 Romanow, R. (2002). *Commission on the future of health care in Canada -- Final Report*. Chapter 7: Rural and remote communities. November 28, 2002.
- 50 Ibid.
- 51 Mitura, V., & Bollman, R.D. (2003) Op. cit.
- 52 Diverty, B., & Perez, C. (1998). The Health of Northern Residents, *Health Reports*, 9(4), 49-58.
- 53 Indian and Northern Affairs Canada. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples* (1996) Ottawa. www.ainc-inac.gc.ca [Accessed March 22, 2008].
- 54 Statistics Canada. (2008). Study: Life Expectancy in the Inuit Inhabited Areas of Canada. *The Daily*, www.statscan.ca [Accessed March 22, 2008].
- 55 Hay, D., Varga-Toth, J., Hines, E. (2006). *Frontline Health Care in Canada: Innovations in Delivering Services to Outcomes*. *Journal of Nursing Administration*, 34 (7/8), 326-337.
- 26 Oulton, J.A. (2006). The Global Nursing Shortage: An Overview of Issues and Actions. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, Supplement to 7(3), 34S-39S.
- 27 Cutcliff, J.R., & Yarbrough, S. (2007). Globalization, commodification and mass transplant of nurses: Part 1. *British Journal of Nursing*, 16(14), 876-880.
- 28 Cutcliff, J.R., & Yarbrough, S. (2007). Globalization, commodification and mass transplant of nurses: Part 2. *British Journal of Nursing*, 16(15), 926-930.
- 29 Kingma, M. (2007). *Nurses on the move: A global overview*. HSR Health Services Research, 42(3), 1281-1298.
- 30 Conseil international des infirmières. (2001). [prise de position] *Ethical Nurse Recruitment*. Genève.
- 31 Ibid. p.47.
- 32 Statistique Canada. (2005). Projections démographiques 2005 à 2031. *Le Quotidien*. Statistique Canada. Ottawa.
- 33 Institut canadien d'information sur la santé. (2007). *Tendances de la main-d'œuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada*, 2006. Ottawa.
- 34 Ibid. p. 17.
- 35 Ibid.
- 36 Ibid p. 19.
- 37 Ibid. p. 20.
- 38 Kuehn, B.M. (2007). No end in sight to nursing shortage: bottleneck at nursing schools a key factor. *JAMA*, 298(14), 1623-1625.
- 39 Pringle, D., & Green, L. et Johnson, S. (2004). *L'enseignement des soins infirmiers au Canada : Historique et capacité actuelle. Construire l'avenir, une stratégie pour les ressources humaines infirmières au Canada*. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. Ottawa.
- 40 Ibid. p. 61.
- 41 Amella, E.J. (2004). Presentation of illness in older adults. *American Journal of Nursing*, 104(10), 40-51.
- 42 Knickman, J.R., & Snell, E.K. (2002). The 2030 problem: Caring for aging baby boomers. *Health Services Research*, 37(4), 849-884.
- 43 Edlund, B.J., Lufkin, S.R., & Franklin, B. (2003). Long-term care planning for baby boomers: addressing an uncertain future. *Online Journal of Issues in Nursing*, 8(2), 3.
- 44 Rice, D.P., & Fineman, N. (2004). Economic implications of increased longevity in the United States. *Annual review of Public Health*, 25, 457-473.
- 45 Martini, E.M., Garrett, N., Lindquist, T., & Isham, G.J. (2007). The boomers are coming: A total cost of care model of the impact of population aging on healthcare costs in the United States by Major Practice Category. *Health Services Research*, 42(1 Pt 1), 201-218.
- 46 Corpus Sanchez International Consultancy. (2007). *Changing Nova Scotia's Healthcare System: Creating Sustainability Through Transformation: System-Level Findings and Overall Directions for Change from the Provincial Health Services Operational Review (PHSOR) (Final Report)*. Soumis au sous-ministre de la Santé de la nouvelle-Écosse.
- 47 Flaskerud, J.H., & Winslow, B.J. (1999). Conceptualizing Vulnerable Populations Health Related Research. *Nursing Research*, 47(2), 69-78.
- 48 Mitura, V., & Bollman, R.D. (2003). La santé des Canadiens des régions rurales : une comparaison rurale-urbaine des indicateurs de la santé – Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada. Vol. 4, no 6, No 21-006-XIF au catalogue. Statistique Canada. Ottawa.
- 49 Romanow, R. (2002). *Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Chapitre 7: Les communautés rurales et éloignées. 28 novembre 2002.

## A Renewed Call for Action: A Synthesis Report on the Nursing Shortage in Canada

- Vulnerable Populations. Canadian Policy Research Network: Ottawa.
- 56 Ibid. p. 20.
- 57 Mitura, V., & Bollman, R.D. (2003). The health of rural Canadians: A rural-urban comparison of health indicators. Rural and Small Town Canada Analysis Bulletin Catalogue, 4(6), No. 21-006-XIE. Statistics Canada: Ottawa.
- 58 O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Andress, I., White, S., Hayes, L., & Luba, M. (2004). *Survey of Employers: Health Care Organizations' Chief Executive Officers*. Building the Future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada The Nursing Sector Study Corporation: Ottawa. p. 14.
- 59 Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses*. Statistics Canada and Canadian Institutes for Health Information. Catalogue no. 83-003-XPE ISBN 0-662-44484-1 p. 16-18.
- 60 Curtin, L.L. (2003). An Integrated Analysis of Nurse Staffing and Related Variables: Effects on Patient Outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*, www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22\_5.htm.
- 61 Spilsbury, K., & Meyer, J. (2001). Defining the Nursing Contribution to Patient Outcome: Lessons From a Review of the Literature Examining Nursing Outcomes, Skill Mix and Changing Roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 3-14.
- 62 Curtin, L. (2003). An Integrated Analysis of Nurse Staffing and Related Variables: Effects on Patient Outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*. www.nursingworld.org.
- 63 Needleman, J., Buerhaus, P., & Mattke, S. (2001). *Nurse Staffing and Patient Outcomes in Hospitals*. Final Report for Health Resources Services Administration. Contract No. 230-99-0021, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts.
- 64 McGillis Hall, L. (2005). Chapter 2 Nurse Staffing. In L. McGillis Hall (Ed.) *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- 65 Lang, T.A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P.S. & Kravitz, R.L. (2004). A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee and Hospital Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34 (7/8), 326-337.
- 66 Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- 67 Cho, S.H., Ketefian, S., Barkauskas, V.H. & Smith, D.G. (2003). The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs. *Nursing Research*, 52(2), pp. 71-79.
- 68 Sovie, M.D., & Jawad, A. F. (2001). Hospital Restructuring and Its Impact on Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31, 588-600.
- 69 Person, S.D., Allison, J.J., Kiefe, C.I., Weave, M.T., & Williams, O.D., et al. (2004). Nurse Staffing and Mortality for Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction. *Medical Care*, 42, 4-12.
- 70 Aiken L., & Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing, and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288 (10), 1987-1993.
- 71 Clarke, S.P. (2003). Balancing Staffing and Safety. *Nursing Management*, 34 (6), 44-48.
- 72 Spilsbury, K. & Meyer, J. (2001). Defining the Nursing Contribution to Patient Outcome: Lessons from a Review of the Literature Examining Nursing Outcomes, Skill Mix and Changing Roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 3-14.
- 73 Curtin, L. (2003). An Integrated Analysis of Nurse Staffing
- Ibid.
- 51 Mitura, V., et Bollman, R.D. (2003). Op. cit.
- 52 Diverty, B., & Perez, C. (1998). La santé des résidents du Nord, *Rapports sur la santé*, vol. 9 no 4, 49-58.
- 53 Affaires indiennes et du Nord Canada. (1996). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Ottawa. www.aicn-inac.gc.ca [Consulté le 22 mars 2008].
- 54 Statistique Canada (2008). Étude: Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada. *Le Quotidien*, www.statcan.ca/Daily/Francais/ [Consulté le 22 mars 2008].
- 55 Hay, D., Varga-Toth, J., & Hines, E. (2006). *Les soins de santé de première ligne au Canada: Innovations dans la prestation des soins de santé aux populations vulnérables*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques. Ottawa. www.cprn.org/documents/45652\_fr.pdf.
- 56 Ibid. p. 24.
- 57 Mitura, V., & Bollman, R.D. (2003). La santé des Canadiens des régions rurales: une comparaison rurale-urbaine des indicateurs de la santé – *Bulletin d'analyse – Régions rurales et petites villes du Canada*. Vol. 4, no 6, p.5. No 21-006-XIF au catalogue. Statistique Canada. Ottawa.
- 58 O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., Andress, I., White, S., Hayes, L., & Luba, M. (2004). *Sondage auprès des employeurs : les chefs de la direction des organisations de soins de santé - Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmière*. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. Ottawa. p. 15.
- 59 Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Fruit d'une collaboration entre l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et Santé Canada. ISBN 0-662-72917-X (PDF), p. 16-18.
- 60 Curtin, L.L. (2003). An Integrated Analysis of Nurse Staffing and Related Variables: Effects on Patient Outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*. www.nursingworld.org/ojin/topic22/tpc22\_5.htm.
- 61 Spilsbury, K. & Meyer, J. (2001). Defining the Nursing Contribution to Patient Outcome: Lessons From a Review of the Literature Examining Nursing Outcomes, Skill Mix and Changing Roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 3-14.
- 62 Curtin, L. (2003). An Integrated Analysis of Nurse Staffing and Related Variables: Effects on Patient Outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*. www.nursingworld.org.
- 63 Needleman, J., Buerhaus, P., & Mattke, S. (2001). *Nurse Staffing and Patient Outcomes in Hospitals*. Final Report for Health Resources Services Administration. Contract No. 230-99-0021, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts.
- 64 McGillis Hall, L. (2005). Chapter 2 Nurse Staffing. In L. McGillis Hall (Ed.) *Quality Work Environments for Nurse and Patient Safety*. Toronto: Jones and Bartlett Publishers.
- 65 Lang, T.A., Hodge, M., Olson, V., Romano, P.S. & Kravitz, R.L. (2004). A Systematic Review on the Effects of Nurse Staffing on Patient, Nurse Employee and Hospital Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34 (7/8), 326-337.
- 66 Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-Staffing Levels and the Quality of Care in Hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346, 1715-1722.
- 67 Cho, S.H., Ketefian, S., Barkauskas, V.H. & Smith, D.G. (2003). The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs. *Nursing Research*, 52(2), pp. 71-79.
- 68 Sovie, M. D. & Jawad, A. F. (2001). Hospital Restructuring and Its Impact on Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 31, 588-600.

- and Related Variables: Effects on Patient Outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*. www.nursingworld.org.
- 74 Whitman, G.R., Kim, Y., Davidson, L.J., Wolf, G.A., & Wang, S.L. (2002). The Impact of Staffing on Patient Outcomes Across Specialty Units. *Journal of Nursing Administration*, 32 (12) pp. 633-639.
- 75 McGillis Hall, L., Doran, D., & Pink, G.H. (2004). Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34 (1), pp. 41-45.
- 76 Sochalski, J. (2004). Is More Better? The Relationship Between Nurse Staffing and the Quality of Nursing Care in Hospitals. *Medical Care*, 42, pp. II-67-II-73).
- 77 McGillis Hall, L., Doran, D., Baker, G.R., Pink, G.H., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L., & Donner, G. (2003). Nurse Staffing Models as Predictors of Patient Outcomes. *Medical Care*, 41 (9), pp 1096-1109.
- 78 Gelinas, L. & Bohlen, C. (2002). The Business Case for Retention. *Journal of Clinical Systems Management*, 4 (78), 14-16, 22.
- 79 O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L. Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X., & Meyer, R. (2004). *Evidence-based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance*. CHSRF.
- 80 O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L. Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X., & Meyer, R. (2004). *Evidence-based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance*. CHSRF.
- 81 Tomblin Murphy, G. (2005). *Enhancement of Patient Safety Through Formal Nurse Patient Ratios: A Discussion Paper*. Ottawa: Canadian Federation of Nurses Unions & Office of Nursing Policy, Health Canada.
- 82 Wortsman, A., & Janowitz, S. (2006). *Taking Steps Forward: Retaining and Valuing Experienced Nurses*. Ottawa: CFNU.
- 83 Nursing Sector Study Corporation. (2005). *Building the Future: An Integrated Strategy for Nursing Human Resources in Canada. Phase I Final Report*. Nursing Study Sector Corporation. Ottawa. p. 1.
- 84 Hayes, L., McGrath, J.L., & O'Brien-Pallas, L. (2004). *The Nursing Union Activist Focus Group Report*. Building the Future: An Integrated Strategy for Nursing Human Resources in Canada. Nursing Sector Study Corporation. Ottawa.
- 85 Hayes, L., McGrath, J.L., & O'Brien-Pallas, L. (2004). *The Nursing Union Activist Focus Group Report*. Building the Future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada. The Nursing Sector Study Corporation courtesy: Ottawa. p. v.
- 86 Aiken, L.H., Sloane, S.P., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A., & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20, 43-53.
- 87 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- 88 Erickson, R.J., & Grove, W.J.C. (2007). Why emotions matter: Age, agitation and burnout among registered nurses. *The Online Journal of Issues in Nursing*, American Nurses Association. www.nursingworld.org.
- 89 Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses*. Statistics Canada and Canadian Institutes for Health Information. Catalogue no. 83-003-XPE ISBN 0-662-44484-1 p. xvi.
- 90 Ibid. p. xiv.
- 91 O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., White, S., Hayes, L., Baumann, A., Higgin, A., Pringle, D., Birch, S., McGillis Person, S.D., Allison, J.J., Kiefe, C.I., Weave, M.T., & Williams, O.D., et al. (2004). Nurse Staffing and Mortality for Medicare Patients with Acute Myocardial Infarction. *Medical Care*, 42, 4-12.
- 70 Aiken, L., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital Nurse Staffing, and Patient Mortality, Nurse Burnout and Job Dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288 (10), 1987-1993.
- 71 Clarke, S.P. (2003). Balancing Staffing and Safety. *Nursing Management*, 34 (6), 44-48.
- 72 Spilsbury, K. & Meyer, J. (2001). Defining the Nursing Contribution to Patient Outcome: Lessons from a Review of the Literature Examining Nursing Outcomes, Skill Mix and Changing Roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 3-14.
- 73 Curtin, L. (2003). An Integrated Analysis of Nurse Staffing and Related Variables: Effects on Patient Outcomes. *Online Journal of Issues in Nursing*. à : www.nursingworld.org
- 74 Whitman, G.R., Kim, Y., Davidson, L.J., Wolf, G.A., & Wang, S.L. (2002). The Impact of Staffing on Patient Outcomes Across Specialty Units. *Journal of Nursing Administration*. 32 (12), pp. 633-639.
- 75 Linda McGillis Hall, L., Doran, D., & Pink, G.H. (2004). Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 34 (1), pp 41-45.
- 76 Sochalski, J. (2004). Is More Better? The Relationship Between Nurse Staffing and the Quality of Nursing Care in Hospitals. *Medical Care*, 42, pp. II-67-II-73.
- 77 McGillis Hall, L., Doran, D., Baker, G.R., Pink, G.H., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L., & Donner, G. (2003). Nurse Staffing Models as Predictors of Patient Outcomes. *Medical Care*, 41 (9), pp. 1096-1109.
- 78 Gelinas, L. & Bohlen, C. (2002). The Business Case for Retention. *Journal of Clinical Systems Management*. 4 (78), 14-16, 22.
- 79 O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L. Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X., & Meyer, R. (2004). *Normes fondées sur des données probantes pour mesurer la dotation et le rendement du personnel infirmier*. FCRSS.
- 80 O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L. Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X., & Meyer, R. (2004). *Normes fondées sur des données probantes pour mesurer la dotation et le rendement du personnel infirmier*. FCRSS.
- 81 Tomblin Murphy, G. (2005). *Accroissement de la sécurité des patientes et patients grâce à l'établissement de ratios infirmière/infirmier-patients officiels: document de travail*. Ottawa. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers et le Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada.
- 82 Wortsman A., & Janowitz, S. (2006). *Aller de l'avant : La rétention et la valorisation des infirmières et des infirmiers avec expérience*. Ottawa. FCSI.
- 83 Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. (2005). *Construire l'avenir: une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada. Phase I. Rapport final*. Ottawa, p. 1.
- 84 Hayes, L., McGrath, J.L., & O'Brien-Pallas, L. (2004). *Rapport des groupes de discussion formés de militantes et de militants des syndicats infirmiers - Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources infirmières au Canada*. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. Ottawa.
- 85 Hayes, L., McGrath, J.L., & O'Brien-Pallas L. (2004). *Rapport des groupes de discussion formés de militantes et de militants des syndicats infirmiers - Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources infirmières au Canada*. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. Ottawa.

## A Renewed Call for Action: A Synthesis Report on the Nursing Shortage in Canada

- Hall, L., Kephart, G., & Wang, S. (2004). *Building the Future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada – Research Synthesis report of research findings*. Nursing Sector Study Corporation: Ottawa.
- 92 Jackson, D., Clare, J., & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: A factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10, 13-20.
- 93 Pyper, W. (2004). *Employment Trends in Nursing*, Statistics Canada, Cat. No. #75-001-XIE, p. 11.
- 94 Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses*. Statistics Canada and Canadian Institutes for Health Information. Catalogue no. 83-003-XPE ISBN 0-662-44484-1, p. 65.
- 95 Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses*. Co-published by Health Canada and Canadian Institute for Health Information. ISBN 0-662-44484-1. p. xiv.
- 96 Hayes, L., McGrath, J.L., & O'Brien-Pallas, L. (2004) Op. cit.
- 97 Cho, J., Laschinger, H.K.S., & Wong, C. (2006). Workplace Empowerment, Work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership*, 19(3), 43-60.
- 98 Ibid. p. 44.
- 99 Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The Truth About Burnout*. San Francisco: Joseey-Bass cited in Cho et al. Op. cit. 2006. p. 47.
- 100 Quality Worklife Quality Health Care Collaborative (2008). [www2.cchsa.ca/qwqhc/](http://www2.cchsa.ca/qwqhc/) [Accessed April 14, 2008].
- 101 Saskatchewan Union of Nurses. (2008). *Partnership Between The Government of Saskatchewan and The Saskatchewan Union of Nurses*.
- 102 O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., White, S., Hayes, L., Baumann, A., Higgin, A., Pringle, D., Birch, S., McGillis Hall, L., Kephart, G., & Wang, S. (2004). *Building the future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada – Research synthesis report of research findings*. Nursing Sector Study Corporation: Ottawa.
- 103 Nursing Sector Study Corporation. (2005). *Building the future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada: Phase I Final Report*. The Nursing Sector Study Corporation: Ottawa.
- 104 Med-Emergency Inc. (2006). *Building the Future: An integrated strategy for nursing human resources in Canada. Phase II Final Report*. The Nursing Sector Study Corporation: Ottawa.
- 105 Advisory Committee on Health Human Resources. (2002). *Our Health, Our Future Creating Quality Workplaces for Canadian Nurses: Final Report of the Canadian Nursing Advisory Committee*. [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca).
- 106 Ibid. p. 1.
- 107 Torgerson, R. (June 2007). *Not There Yet: Improving the Working Conditions of Canadian Nurses*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks. [www.cprn.org](http://www.cprn.org) p.1.
- 108 Coile, R. (2001). Magnet hospitals use culture, not wages, to solve nursing shortage. *Journal of Healthcare Management*, 46(4), 224-227.
- 109 McClure, M.L., Poulin, M.A., Sovie, M.D., & Wandelt, M.A. (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO: American Nurses Association.
- 110 American Nurses Credentialing Centre. (2008). What is the Magnet Recognition Program? [www.nursecredentialing.org/magnet](http://www.nursecredentialing.org/magnet) [Accessed February 29, 2008].
- 111 Havens, D.S., Johnston, M.A. (2004). Achieving Magnet Hospital Recognition: Chief Nurse Executives and
- 86 Aiken, L.H., Sloane, S.P., Sochalski, J.A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A., & Shamian, J. (2001). Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Affairs*, 20, 43-53.
- 87 Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- 88 Erickson, R.J., & Grove, W.J.C. (2007). Why emotions matter: Age, agitation and burnout among registered nurses. *The Online Journal of Issues in Nursing*, American Nurses Association, [www.nursingworld.org](http://www.nursingworld.org).
- 89 Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Fruit d'une collaboration entre l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et Santé Canada. No 83-003-XPX au catalogue. ISBN 0-662-72917-X (PDF), p.20.
- 90 Ibid. p. 18.
- 91 O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., White, S., Hayes, L., Baumann, A., Higgin, A., Pringle, D., Birch, S., McGillis Hall, L., Kephart, G., & Wang, S. (2004). *Construire l'avenir : Une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada – Rapport de synthèse de la recherche*. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. Ottawa.
- 92 Jackson, D., Clare, J., & Mannix, J. (2002). Who would want to be a nurse? Violence in the workplace: A factor in recruitment and retention. *Journal of Nursing Management*, 10, 13-20.
- 93 Pyper, W. (2004). *Employment Trends in Nursing*, Statistics Canada, Cat. No. #75-001-XIE, p. 11.
- 94 Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005 Résultats*. Fruit d'une collaboration entre l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et Santé Canada. ISBN 0-662-72917-X (PDF), p.65.
- 95 Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier de 2005, résultats*. Fruit d'une collaboration entre l'Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et Santé Canada. ISBN 0-662-72917-X. p. xiv.
- 96 Hayes, L., McGrath, J.L., & O'Brien-Pallas, L. (2004). Op. cit.
- 97 Cho, J., Laschinger, H.K.S., & Wong, C. (2006). Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses. *Nursing Leadership*, 19(3), 43-60.
- 98 Ibid. p. 44.
- 99 Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The Truth About Burnout*. San Francisco: Joseey-Bass cited in Cho et al. op cit. 2006, p. 47.
- 100 Quality Worklife – Quality Health Care Collaborative (2008). [www2.cchsa.ca/qwqhc/](http://www2.cchsa.ca/qwqhc/). [Consulté le 14 avril 2008].
- 101 Saskatchewan Union of Nurses (2008). *Partnership Between The Government of Saskatchewan and The Saskatchewan Union of Nurses*.
- 102 O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G., White, S., Hayes, L., Baumann, A., Higgin, A., Pringle, D., Birch, S., McGillis Hall, L., Kephart, G., & Wang S. (2004). *Construire l'avenir: Une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada – Rapport de synthèse de la recherche*. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. Ottawa.
- 103 Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. (2005). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada. Phase I. Rapport final*. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers. Ottawa.

- Magnet Coordinators Tell Their Stories. *Journal of Nursing Administration*, 34(12), 579-588.
- 112 Jones-Schenk, J. (2001). How Magnets Attract Nurses: Magnet Status entices caregivers – and its appeal continues to grow. *Nursing Management*, 41-42.
- 113 Ibid. p. 42.
- 114 Upenieks, V.V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. *JONA*, 32(11), 564-576.
- 115 Robinson, C. (2001). Magnet Nursing Services Recognition: Transforming the Critical Care Environment. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care*, 12(3), 411-423.
- 116 Royal Commission on Financial Management and Accountability. (1979). Ottawa: Supply and Services.
- 117 Treasury Board of Canada. Modernizing accountability practices in the public sector. (2002). [www.tbs-sct.gc.ca](http://www.tbs-sct.gc.ca) [Accessed February 14, 2006].
- 118 Ibid.
- 119 Torgerson, R. (2007). *Not There Yet: Improving the Working Conditions of Canadian Nurses*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks. [www.cprn.org](http://www.cprn.org) p.1.
- 120 Tomblin Murphy, G. (2005). Ibid.
- 121 O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L. Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X., & Meyer, R. (2004). *Evidence-based Standards for Measuring Nurse Staffing and Performance*. CHSRF.
- 122 Cho, S.H., Ketefian, S., Barkauskas, V.H. & Smith, D.G. (2003). The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs. *Nursing Research*, 52(2), pp. 71-79.
- 123 Tomblin Murphy, G. (2005). *Enhancement of Patient Safety Through Formal Nurse Patient Ratios: A Discussion Paper*. Ottawa: Canadian Federation of Nurses Unions & Office of Nursing Policy, Health Canada.
- 104 Med-Emerg Inc. (2006). *Construire l'avenir : une stratégie intégrée pour les ressources humaines infirmières au Canada. Phase II. Rapport final*. Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers: Ottawa.
- 105 Comité consultatif des ressources humaines en santé. (2002). Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes. Rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. [www.hc-sc.gc.ca](http://www.hc-sc.gc.ca)
- 106 Ibid. p.1.
- 107 Torgerson, R. (2007). *Not There Yet: Improving the Working Conditions of Canadian Nurses*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks. [www.cprn.org](http://www.cprn.org) p.1.
- 108 Coile, R. (2001). Magnet hospitals use culture, not wages, to solve nursing shortage. *Journal of Healthcare Management*, 46(4), 224-227.
- 109 McClure, M.L., Poulin, M.A., Sovie, M.D. & Wandelt, M.A. (1983). *Magnet Hospitals: Attraction and Retention of Professional Nurses*. Kansas City, MO. American Nurses Association.
- 110 American Nurses Credentialing Centre. (2008). What is the Magnet Recognition Program? [www.nursecredentialing.org/magnet](http://www.nursecredentialing.org/magnet) [Consulté le 29 février 2008].
- 111 Havens, D.S., & Johnston, M.A. (2004). Achieving Magnet Hospital Recognition: Chief Nurse Executives and Magnet Coordinators Tell Their Stories. *Journal of Nursing Administration*, 34(12), 579-588.
- 112 Jones-Schenk, J. (2001). How Magnets Attract Nurses: Magnet Status entices caregivers – and its appeal continues to grow. *Nursing Management*, 41-42.
- 113 Ibid. p. 42.
- 114 Upenieks, V.V. (2002). Assessing differences in job satisfaction of nurses in Magnet and non-Magnet hospitals. *JONA*, 32(11), 564-576.
- 115 Robinson, C. (2001). Magnet Nursing Services Recognition: Transforming the Critical Care Environment. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care*, 12(3), 411-423.
- 116 Commission royale sur la gestion financière et l'imputabilité. (1979). Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.
- 117 Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. La reddition des comptes dans le secteur public : vers une modernisation. (2002). [www.tbs-sct.gc.ca](http://www.tbs-sct.gc.ca) [Consulté le 14 février 2006].
- 118 Ibid.
- 119 Torgerson, R. (2007). *Not There Yet: Improving the Working Conditions of Canadian Nurses*. Ottawa. Canadian Policy Research Networks. [www.cprn.org](http://www.cprn.org) p.1.
- 120 Tomblin Murphy, G. (2005). *Accroissement de la sécurité des patientes et patients grâce à l'établissement de ratios infirmière/infirmier-patients officiels: document de travail*. Ottawa. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers et le Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada. 121 O'Brien-Pallas, L., Thomson, D., McGillis Hall, L. Pink, G., Kerr, M., Wang, S., Li, X., & Meyer, R. (2004). *Normes fondées sur des données probantes pour mesurer la dotation et le rendement du personnel infirmier*. FCRSS.
- 122 Cho, S.H., Ketefian, S., Barkauskas, V.H. & Smith, D.G. (2003). The Effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs. *Nursing Research*, 52(2), pp. 71-79.
- 123 Tomblin Murphy, G. (2005). *Accroissement de la sécurité des patientes et patients grâce à l'établissement de ratios infirmière/infirmier-patients officiels: document de travail*. Ottawa. La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières/infirmiers et le Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada.



### Appendix One

Building the future: An Integrated Strategy for Nursing  
Human Resources in Canada  
Phase I Final Report  
Recommendations and Suggested Actions  
(Nursing Sector Study Corporation, 2005)

#### **Recommendation 1: Create a stable supply of nurses.**

Actions that could be considered to support this recommendation include:

- Creating conditions to prevent future (predictable) cyclical shifts in supply, including: the monitoring of age distributions in human resource planning, tracking regional differences in nursing workforces and nurses leaving the profession, and incorporating new indicators of long-term supply outcomes in human resource planning.
- Systematically assessing nursing remuneration in order to develop concrete strategies for addressing issues related to compensation, including benefits.

#### **Recommendation 2: Develop a pan-Canadian approach to nursing education in collaboration with the provincial, territorial and federal governments to prepare the number of qualified graduates needed to meet workforce needs.**

Actions that could be considered to support this recommendation include:

- Establishing a forum to facilitate dialogue and collaboration, such as a council, with representatives of all three branches of nursing and their related stakeholder groups.
- Examining the impact of increasing enrolment in nursing programs in terms of resource requirements (both financial and human resources).



### Annexe un

Construire l'avenir : Une stratégie intégrée pour  
les ressources humaines infirmières au Canada  
Rapport final – Phase I  
Recommandations et mesures suggérées  
(Société de l'étude sectorielle sur les soins infirmiers, 2005)

#### **Recommandation 1 : Créer un bassin d'infirmières stable.**

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- La création de conditions visant à prévenir les écarts cycliques futurs de l'offre, y compris : la surveillance des répartitions d'âges dans la planification des ressources humaines, le suivi des différences régionales au chapitre de l'effectif infirmier et des infirmières qui abandonnent la profession, et l'intégration de nouveaux indicateurs relatifs aux questions d'offre à long terme en regard de la planification des ressources humaines.
- Évaluation systématique de la rémunération des infirmières dans le but d'élaborer des stratégies concrètes visant à traiter les questions relatives à la rémunération, y compris les avantages sociaux.

#### **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 diplômées qualifiées pour répondre aux besoins de main-d'oeuvre.**

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- La création d'un forum pour faciliter le dialogue et la collaboration, par exemple, un conseil qui serait formé de représentants des trois groupes de la profession infirmière et de leurs groupes d'intervenants reliés.
- L'examen des répercussions de l'accroissement des inscriptions aux programmes de sciences infirmières en termes d'exigences sur le plan des ressources tant financières que humaines.
- La prise en compte des facteurs incitatifs et dissuasifs auxquels font face les personnes qui envisagent une carrière au sein de la profession infirmière au Canada.
- La création d'initiatives ciblées qui visent à assurer la diversité des effectifs, particulièrement en abordant le problème de la faible représentation des membres des Premières Nations, le premier peuple du Canada, et l'admission des hommes dans les écoles de sciences infirmières.
- Offrir de l'aide au chapitre des droits de scolarité et de subsistance aux diplômés et aux autres étudiants. Cette aide pourrait se traduire, par exemple, par : un accès plus facile aux prêts aux étudiants, l'établissement de conditions souples pour le remboursement/la radiation du prêt, l'utilisation accrue de l'option d'externat, régime selon lequel les étudiants travaillent au sein des organisations

- Considering incentives and disincentives to individuals considering a nursing career in Canada.
- Developing specific recruitment initiatives to ensure a diverse workforce particularly addressing the low numbers of First Nations peoples, who constitute Canada's first peoples, and men being admitted to nursing schools.
- Offering tuition and cost of living support for graduate and other students. This may include for example: making student loans more available, establishing flexible provisions for loan repayment/forgiveness, and increasing the use of externship opportunities whereby students work in health organizations between their third and fourth years of their nursing education.
- Undertaking a study to determine the cost of nursing education including clinical placement and other necessary resources.
- Sharing best practices among schools to achieve an 80% retention rate.
- Including more education and support related to communication, information and diagnostic technologies to schools of nursing.

### **Recommendation 3: Enhance data collection to improve human resource planning.**

Actions that could be considered to support this recommendation include:

- Ongoing investment in the development of national standards for data collection at the provincial and territorial level to ensure compatibility and consistency in reporting of results. The databases should include for example, current supply and production of nurses by jurisdiction and professional classification, demographic and employment data, data pertaining to remuneration and related benefits.
- Investment is needed in the technical capacity (hardware and software) necessary to support the development of national nursing human resource databases. This would include collecting data pertaining to remuneration and related benefits within annually updated CIHI databases for licensed practical nurses (LPNs), registered nurses (RNs), and registered psychiatric nurses (RPNs).
- Developing standards to support the creation of unique identifier for nurses (for example, a confidential non-reused, lifetime number assigned to an individual either on entry into an education program or application for first licensure) to facilitate longitudinal tracking of nurses throughout their education and careers. The unique identifier will be used to track inter-provincial mobility, provide data to facilitate workforce projections, and forecast requirements for educational programs.

### **Recommendation 4: Use a Health Human Resource Planning Framework based on population health needs to plan for nurse resources.**

Actions that could be considered to support this recommendation include:

- Planners must incorporate the impact of current

de santé entre la troisième et la quatrième année de leur formation infirmière.

- Entreprendre une étude qui vise à déterminer le coût de la formation infirmière y compris les stages en clinique et les autres ressources nécessaires.
- Le partage des pratiques exemplaires entre les écoles dans le but d'assurer un maintien en fonction de l'ordre de 80 %.
- L'amélioration de la formation et du soutien aux chapitres des communications, de l'information et des techniques de diagnostic dans les écoles de sciences infirmières.

### **Recommandation 3 : Mettre l'accent sur la collecte de données afin d'améliorer la planification des ressources humaines.**

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- L'investissement permanent dans l'élaboration de normes nationales de collecte de données aux niveaux provinciaux et territoriaux dans le but d'assurer la compatibilité et la cohérence des méthodes de rapport. Les bases de données pourraient comporter, par exemple, une liste actuelle des infirmières inscrites et disponibles par juridiction et par classification professionnelle, des données sur l'emploi et des données démographiques ainsi que des données portant sur la rémunération et les avantages sociaux reliés.
- Des investissements sont nécessaires sur le plan technique (matériel informatique, logiciels) afin d'appuyer la création de bases de données nationales de ressources humaines infirmières. Le processus pourrait englober, entre autres, la collecte de données pertinentes à la rémunération et aux avantages sociaux inhérents, dans le cadre de la mise à jour annuelle des bases de données de l'ICIS relatives aux infirmières auxiliaires autorisées (IAA), aux infirmières autorisées (IA) et aux infirmières psychiatriques autorisées (IPA).
- L'élaboration de normes visant la création d'un identificateur unique pour les infirmières (p. ex., un numéro confidentiel, unique, attribué à vie à une personne soit lors de son inscription à un programme de formation, soit lors d'une première demande de permis d'exercice) dans le but de faciliter le repérage longitudinal des infirmières tout au long de leur formation et de leur carrière. L'identificateur unique servira à suivre la mobilité entre les provinces, à fournir des données pour faciliter les projections relatives aux effectifs et à prévoir les exigences des programmes de formation.





health system reform initiatives and planned changes in service delivery in forecasting models. They must also focus on trends in health needs in populations to produce meaningful estimates of future requirements in nursing human resources.

- Supporting and conducting further research and data collection on all health sectors, particularly the long-term care and community setting, to more fully understand the extent of the needs for care and to determine the appropriate staff mix for these sectors to meet these needs.
- Conducting further research that examines the impact of health system reform, changes in population demographics and health status, increased levels of patient acuity and ongoing shortages in nursing personnel on health human resource planning.
- Repeating ongoing simulations and forecasts every five years.

### **Recommendation 5: Use evidence-based practices to inform staffing decisions including retention and recruitment decisions.**

Actions that could be considered to support this recommendation include:

- Increasing nursing research capacity to promote evidence-based nursing practice, education, administration and policy development.
- Undertaking activities to enhance dissemination and utilization of nursing research.
- Undertaking more research on the benefits of alternative staff mix including the utilization on LPNs and RPNs and in other sectors such as long-term care, palliative care, home care, community health clinics, and other community-based care.
- Conducting research that examines the effect of staffing decisions, staff mix and staff utilization on both provider and patient outcomes.



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

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- Lorsqu'ils définissent des modèles de prévision, les planificateurs doivent prendre en compte les répercussions qu'auront les changements planifiés et certaines initiatives liées à la réforme du système de santé actuel sur la prestation des soins. Ils doivent également accorder un intérêt particulier aux tendances en matière de santé manifestées au sein des populations afin que leurs estimations des exigences futures en ressources humaines infirmières soient probantes.
- Soutenir et pousser la recherche et la collecte de données dans tous les secteurs de la santé, particulièrement en ce qui a trait aux soins de longue durée et à la santé communautaire, afin de mieux saisir l'étendue réelle des besoins en santé et de mieux déterminer la composition des effectifs nécessaires pour répondre à ces besoins.
- Effectuer d'autres travaux de recherche qui se portent sur les répercussions de la réforme du système de santé, l'évolution de l'état de santé et des données démographiques de la population, les niveaux grandissants du caractère aigu des cas qui se présentent et la permanence des pénuries de personnel infirmier sur la planification des ressources humaines en santé.
- La reprise des simulations et des prévisions tous les cinq ans.

### **Recommandation 5 : Faire appel à des pratiques fondées sur des résultats pour communiquer les décisions en matière de dotation, dont les décisions relatives au maintien en fonction et au recrutement.**

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- Une plus grande capacité sur le plan de la recherche en soins infirmiers dans le but de promouvoir la pratique des soins infirmiers fondée sur les résultats, l'éducation, l'administration et l'élaboration de politiques.
- La mise de l'avant d'activités visant à hausser la diffusion et l'utilisation de la recherche en soins infirmiers.
- La réalisation d'autres travaux de recherche sur les avantages d'une formule de composition d'un effectif de remplacement y compris le recours aux IAA et aux IPA dans d'autres secteurs comme les soins de longue durée, les soins palliatifs, les soins à domicile, les cliniques de santé communautaires et les autres soins de santé communautaires.
- La réalisation de recherches ayant pour objectif d'examiner les répercussions des décisions en matière de dotation, de composition des effectifs et d'utilisation du personnel à la fois du point de vue du soignant que de celui des résultats pour le patient.

### **Recommandation 6: Implement effective and efficient mechanisms to address workload issues and improve patient, nurse, and systems outcomes.**

Actions that could be considered to support this recommendation include:

- Taking urgent action to address the increasing use of overtime, which has a negative impact on patient care, patient safety, and nurses' health including eliminating unpaid overtime; stopping paid mandatory overtime; reducing paid overtime; and creating full-time jobs.
- Improving and implementing more effective workload management systems. For instance a workload measurement system, which is reliable, valid and comparable, should be considered for use across all sectors. Future workload measurement systems should encompass more than one measure to determine patient complexity from both a nursing perspective and medical perspective, consider the characteristics of the work environment and the link to outcomes.
- Ensuring nurses have adequate resources to meet patient requirements. This will serve to enhance patient safety, prevent adverse patient outcomes, and improve the health and well-being of nurses.
- Creating more full-time positions for all occupational groups.

### **Recommandation 7: Create work environments that maximize patient, nurse and system outcomes.**

Strategies to improve the productivity of nurses are vital and must augment efforts to increase retention and recruitment. Actions that could be considered to support this recommendation include:

- Augmenting efforts to increase recruitment and retention by employing strategies to improve the productivity of nurses. This includes considering the reduction of workload expectations and the need for further research to determine work characteristics that will lead to successful recruitment and retention of nurses.
- Focusing on improving working conditions and patient care environments with a particular focus on nurses' sense of empowerment and using nurses to their fullest professional capacity. This includes for example, developing and measuring work environment indicators, involving nurses in the development of strategies that promote healthy work environments, and enhancing nurses' influence by providing them with knowledge, skills and opportunity to participate in decision-making.
- Enhancing workplace health by: developing strategies to foster effective communication and improve working relationships among nurses, ensuring adequacy of employee orientation, assistance and debriefing programs, and enabling nurses to attend continuing education opportunities.
- Strengthening nursing leadership and management at all levels of health organizations.

### **Recommandation 6 : Mettre en oeuvre des mécanismes efficaces et efficaces visant à résoudre les problèmes de charge de travail et à améliorer les résultats pour le patient, les infirmières et les systèmes.**

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- Adopter d'urgence des mesures visant à résoudre le problème des heures supplémentaires, lequel a des répercussions négatives sur les soins aux patients, la sécurité des patients et la santé des infirmières. Ces mesures comprennent aussi l'élimination des heures supplémentaires non payées, l'arrêt des heures supplémentaires obligatoires payées, la réduction des heures supplémentaires payées et la création de postes à temps plein.
- Améliorer et instaurer des systèmes de gestion de charge de travail plus efficaces. Par exemple, examiner la possibilité d'instaurer un système de mesure de la charge de travail qui serait fiable, valide et comparable dans tous les secteurs. Les futurs systèmes de mesure de la charge de travail doivent englober plus d'une mesure pour que l'on puisse déterminer la complexité d'un cas à la fois du point de vue infirmier et du point de vue médical, tenir compte des caractéristiques du milieu de travail et du lien entre les résultats.
- S'assurer que les infirmières disposent de suffisamment de ressources pour répondre aux besoins patient. Ces mesures aideront à améliorer la sécurité des patients, à prévenir les événements favorables pour les patients et à améliorer la santé et le mieux-être des infirmières.
- Création d'un plus grand nombre de postes à temps plein pour tous les groupes professionnels.

### **Recommandation 7 : Créer des milieux de travail qui maximisent les résultats pour les patients, les infirmières et les systèmes.**

Les stratégies visant à améliorer la productivité des infirmières sont essentielles et elles doivent engendrer de meilleurs efforts pour améliorer le recrutement et le maintien en fonction des candidates. Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- L'augmentation des efforts pour accroître le recrutement et le maintien en fonction par l'instauration de stratégies visant à améliorer la productivité des infirmières. Cela signifie qu'il faut envisager la réduction des attentes relativement à la charge de travail et la nécessité d'effectuer de nouveaux travaux de recherche afin de déterminer les caractéristiques de travail qui permettront d'atteindre les objectifs de recrutement et de maintien en fonction des infirmières.
- Accorder la priorité à l'amélioration des conditions de travail et de l'environnement de soins en portant un intérêt particulier au développement du sens de l'autonomisation chez les infirmières et en utilisant pleinement les compétences de ces dernières. Cela comprend, par exemple, la création et la mesure d'indicateurs pour le milieu de travail, la participation des infirmières à l'élaboration de

## A Renewed Call for Action: A Synthesis Report on the Nursing Shortage in Canada

- Providing additional support to novice nurses. Considering securing permanent employment for nurses to enable them to consolidate their knowledge and skills, and providing mentoring by more experienced nurses.
- Addressing regional and sector differences in access to technologies and continuing education programs. Different planning strategies to enhance use of, confidence in, and/or efficiency rating of technologies that are appropriate to nurses in direct care and nurses in administration, education and research are necessary.

### **Recommendation 8: Improve and maintain the health and safety of nurses.**

Addressing issues that impact on the physical and mental health and safety of nurses is critical to recruiting and retaining nurses. In addition to actions concerning workload and overtime, other actions that could be considered to support this recommendation include:

- Reducing aggression, abuse and violence in the workplace. This includes: ensuring zero tolerance policies are in place when violence is reported implementing a review of the incident with visible consequences for the perpetrator(s); enhancing access to employee support programs; and providing assistance to nurses who work alone, particularly in rural and northern environments.
- Minimizing nurses' susceptibility to work-related injury by redesigning ergonomically sound designed work environments, providing patient lifting equipment and ensuring adequate staff support during patient mobilization, lifts and transfers.
- Developing regional/sector specific strategies. For example, violence is highest in the long-term care sector, and Worker Compensation claims are the highest in the hospital sector.
- Developing innovative health promotion strategies, such as providing facilities and counselling to nurses to assist with healthy lifestyles.
- Conducting research regarding work environments and lifestyles of nurses and their effect on the physical and mental health status of nurses.
- Employing strategies to address absenteeism such as: assistance with childcare and eldercare; a reduction in the frequency of changes of shifts; offering life and career counseling, sabbaticals, or temporary leaves and access to recreation facilities and other mechanisms for stress reduction; and determining in a non-punitive manner



stratégies qui favorisent de sains milieux de travail et la mise en valeur de l'influence des infirmières en procurant à ces dernières les moyens de se perfectionner et en leur donnant l'occasion de participer au processus décisionnel.

- Valoriser la santé en milieu de travail en : élaborant des stratégies qui encouragent la communication efficace et améliorent les relations de travail entre les infirmières, tout en s'assurant de la justesse de l'orientation des employés, des programmes d'aide et de verbalisation, et en permettant aux infirmières d'accéder aux programmes d'éducation permanente.
- Consolider le leadership infirmier et la gestion à tous les niveaux des organismes de santé.
- Offrir un soutien complémentaire aux infirmières qui débutent. Examiner la possibilité de rendre les emplois d'infirmières permanents afin de permettre à ces dernières d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences, et offrir un mentorat dispensé par des infirmières plus expérimentées.
- Se pencher sur les différences qui existent entre les secteurs et les régions en ce qui a trait à l'accès aux technologies et aux programmes d'éducation permanente. Il est nécessaire d'élaborer différentes stratégies de planification qui visent à encourager le recours aux technologies, à stimuler la confiance des infirmières à l'égard de ces technologies ou l'appréciation du rendement des technologies qui conviennent aux infirmières en soins directs, en administration, en formation et en recherche.

### **Recommandation 8 : Améliorer et entretenir la santé et la sécurité des infirmières.**

La résolution des problèmes qui influent sur la santé mentale et physique et sur la sécurité des infirmières est cruciale pour le recrutement et le maintien en fonction des candidates. Outre les mesures qui touchent la charge de travail et les heures supplémentaires, voici d'autres mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation :

- Réduction des agressions, de l'abus et de la violence en milieu de travail. Cela signifie : instaurer une politique de tolérance zéro qui prévoit l'analyse des incidents et des conséquences visibles pour les auteurs de violence; améliorer l'accès aux programmes d'aide aux employés; et assurer une assistance aux infirmières qui travaillent seules, particulièrement dans les régions rurales et nordiques.
- Réduire les risques d'accidents du travail chez les infirmières en remaniant les milieux de travail de façon plus saine et plus ergonomique, en fournissant des équipements de levage des patients et en assurant le soutien d'un personnel auxiliaire pour la mobilisation, le levage et le transfert des patients.
- Élaborer des stratégies spécifiques aux secteurs/régions. Par exemple, les cas de violence sont plus élevés dans le secteur des soins de longue durée et les réclamations d'indemnités d'accidents du travail sont plus élevées dans le secteur hospitalier.
- Élaborer des stratégies novatrices de promotion de la santé, notamment la mise à la disposition d'installations et

why both LPNs and RPNs are more likely to take short absences from work than RNs.

### **Recommandation 9: Develop innovative approaches to expand clinical experiences in nursing education.**

Actions that could be considered to support this recommendation include:

- Immediately undertaking a study of how to maximize current clinical and education resources.
- Determining the costs of simulation laboratories and the development of innovative strategies to promote learning using simulation.
- Determining the effectiveness of simulation laboratories as teaching tools.
- Carrying out research that examines the effectiveness of inter-professional education in terms of improved patient/client, provider and system outcomes.

### **Recommandation 10: Maximize the ability of nurses to work in their full scope of practice.**

Examples of actions that can be considered for this recommendation include:

- Enhancing communication among nursing groups, nurse managers, employers, regulatory bodies other healthcare providers and stakeholders to clarify and demonstrate respect for scopes of practice among nurses and other health professional groups.
- Nurses must be enabled to practice to their full scope based on the requirements of the patient and the presence of other factors such as work environment, presence of other health professional staff and available technology. There is a need to inform and be informed regarding the responsibilities of other health professionals to promote collegial working relationships.



de services de consultation qui permettent aux infirmières d'adopter un mode de vie sain.

- Mener des travaux de recherche sur les environnements de travail et les modes de vie des infirmières et leurs effets sur la santé mentale et physique des infirmières.
- Instaurer des stratégies pour résoudre l'absentéisme, dont : offrir de l'aide en matière de soins aux enfants et aux aînés; une réduction de la fréquence des changements de quart de travail; des conseils en matière de mode de vie et d'orientation professionnelle, de congés sabbatiques ou temporaires et l'accès à des installations de loisir et à d'autres mécanismes de réduction du stress; et l'établissement de moyens non punitifs visant à expliquer pourquoi les IAA et les IPA sont plus susceptibles que les IA de s'absenter pour de courtes périodes.

### **Recommandation 9 : Mettre au point des méthodes novatrices visant à développer les expériences cliniques en formation infirmière.**

Parmi les mesures qui pourraient être retenues à l'appui de cette recommandation, on retrouve :

- Entreprendre immédiatement une analyse à savoir de quelle manière optimiser les ressources courantes en formation et en clinique.
- Déterminer les coûts de laboratoires de simulation et l'élaboration de stratégies novatrices visant à promouvoir l'apprentissage par la simulation.
- Déterminer l'efficacité des laboratoires de simulation comme outils d'enseignement.
- Mener des recherches ayant pour but d'examiner l'efficacité de la formation interprofessionnelle en termes de résultats pour les patients/clients, les intervenants et les systèmes.

### **Recommandation 10 : Optimiser la capacité des infirmières à travailler en fonction de la pleine étendue de leur pratique.**

Voici certaines mesures que l'on pourrait retenir à l'appui de cette recommandation :

- Améliorer la communication parmi les groupes d'infirmières, les infirmières gestionnaires, les employeurs, les organismes de réglementation, les autres intervenants de la santé et les parties intéressées afin de clarifier et de démontrer de la considération pour les champs d'activité parmi les infirmières et les autres groupes de professionnels de la santé.
- Les infirmières doivent être autorisées à exercer la pleine mesure de leur profession selon les exigences du patient et en tenant compte d'autres facteurs comme le milieu de travail, la présence d'autres professionnels de la santé et les technologies accessibles. Il y a nécessité d'informer et d'être informé sur les responsabilités des autres professionnels de la santé afin de promouvoir des relations de travail collégiales.

## Appendix Two

Our Health, Our Future: Creating Quality Workplaces  
for Canadian Nurses  
Summary of Recommendations and Suggested Actions  
(Final Report of the Canadian Nursing  
Advisory Committee, 2002)

### **Recommendation 1: Put in Place Conditions to Resolve Operational Workforce Management Issues and Maximize the Use of Available Resources.**

#### *Workload*

1. Employers should work with their managers and front-line nurses to assess and describe existing workloads and contrast them with current staffing patterns and patient/client demands by October 2002. In each work setting, the demands should be contrasted with the supply of nurses, and compared with workload measurement data, where available. Where workload measurement systems do not exist, they should be implemented by June 2003.

2. Employers should be prepared to submit to governments by January 2003 a report of their existing staffing, absenteeism, overtime hours and actual care needs based on patient acuity, intensity and environmental complexity. The purpose of this exercise is to compare practices across organizations and ultimately to reduce the pace and intensity of nursing work and improve quality of care. To do so, we must understand the current workload as fully as possible, and then work with governments and employers to put in place the conditions that will foster manageable workloads.



## Annexe deux

Notre santé, notre avenir : Un milieu de travail de qualité  
pour les infirmières canadiennes  
Résumé des recommandations et mesures suggérées  
(Rapport final du Comité consultatif canadien sur les  
soins infirmiers, 2002)

### **Recommandation 1 : Établir des conditions permettant de résoudre les problèmes de gestion de la main-d'oeuvre opérationnelle et de maximiser l'utilisation des ressources disponibles.**

#### *Charge de travail*

1. Les employeurs devraient collaborer avec les administrateurs et les infirmières de première ligne pour évaluer et décrire les charges de travail existantes et les comparer avec les modèles actuels de dotation et la demande des patients et des clients, et cela, avant octobre 2002. Dans chaque milieu de travail, il convient de comparer la demande à l'offre d'infirmières, puis de comparer ces données à celles obtenues en mesurant la charge de travail lorsqu'elles existent. Là où il n'y a pas de systèmes de mesure de la charge de travail, il faudrait en mettre sur pied avant juin 2003.

2. Les employeurs devraient être prêts à soumettre aux gouvernements, avant janvier 2003, un rapport sur leur dotation actuelle, leurs taux d'absentéisme et d'heures supplémentaires et les besoins réels en soins infirmiers par rapport à l'acuité et à l'intensité des soins actifs aux patients, et à la complexité du milieu. Cette activité a pour but d'établir une comparaison entre les organismes et, en fin de compte, de réduire le rythme et l'intensité du travail pour ainsi améliorer la qualité des soins. Il faut pour cela comprendre aussi bien que possible la charge de travail actuelle, puis collaborer avec les gouvernements et les employeurs afin d'établir des conditions qui favoriseront des charges de travail appropriées.

3. Les taux infirmières-patients devraient être suffisants pour satisfaire aux besoins des patients et de leurs familles, et correspondre à la complexité des soins actifs aux patients et aux clients, au roulement des patients ainsi qu'aux qualifications et au soutien offert au personnel infirmier, avant juin 2003.

4. En ce qui concerne l'emplacement et la disponibilité des appareils en fonction, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient financer une étude menée dans tout le pays sur l'état de l'équipement de chaque employeur par rapport aux besoins, puis accorder le financement voulu pour combler les lacunes. Ce projet devrait se terminer avant janvier 2003 et disposer d'un financement unique. Soulignons que Baumann et Underwood ont présenté diverses stratégies visant à régler les problèmes liés à la charge de travail dans le cadre de la recherche qu'ils ont menée pour le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (2002). De plus, Wagner et ses collègues ont produit un catalogue de stratégies visant à créer des milieux de travail sains, ainsi qu'à résoudre les

3. Nurse-to-patient ratios should be sufficient to meet the needs of patients and families, consistent with patient/client complexity and acuity, patient turnover and the qualifications of and supports available to the nursing staff by June 2003.

4. Regarding location and availability of functioning equipment, provincial/territorial and federal governments should fund a one-time cross-country survey of each employer's equipment status versus needs and fund the upgrade now. The project is to be completed by January 2003 with one-time funding. Note that a variety of strategies to address work load issues in Canadian settings were identified by Baumann and Underwood in research conducted for the Canadian Nursing Advisory Committee (2002). Further, a catalogue of strategies to create healthy workplaces (including and beyond workload issues) was generated by Wagner and colleagues in their report for the Canadian Nursing Advisory Committee (2002).

### **Maximize hours of work of current nurses**

5. Governments, employers and unions should collaborate to increase the proportion of nurses working full-time to at least 70% of the workforce in all healthcare settings by April 2004, with an improvement of at least 10% to be completed by January 2003.

6. All employers should implement targeted programs by April 2003 that will examine the reasons for absenteeism and strive to reduce absenteeism to the equivalent of the national average for full-time workers by April 2004.

7. Where overtime hours are being worked, employers should work with their managers and front-line staff to minimize and, where possible, eliminate, overtime hours by January 2003.

8. Where relevant, employers should consider overstaffing by a small margin in anticipation of absences; this strategy is known to result in decreased overall cost compared to traditional staffing methods.

9. Employers and unions should develop and implement ways of addressing contingency staffing.

### **Retain older workers**

10. Governments and employer organizations should work with nurse leaders and unions to provide phased-in retirement programs for older nurses, allowing them to do some work without negatively affecting pension benefits, by January 2004.

11. Employers should work with nurses and unions to provide, by January 2003, work opportunities (e.g., coaching, mentoring, teaching), equipment (e.g., electric lifts) and human resources (e.g., porters) that are sensitive to the needs of older workers and will allow them to participate in the workforce for longer.

### **Innovative, responsive scheduling**

12. Employers and unions should collaborate to design, by April 2004, innovative schedules, hours of work and job-sharing arrangements that offer flexibility to the individual, meet the collective staffing needs of their work settings and respect nurses' time off work.

problèmes liés, entre autres, à la charge de travail, dans le rapport qu'ils ont produit pour le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers (2002).

### **Maximiser les heures de travail des infirmières actuelles**

5. Les gouvernements, les employeurs et les syndicats devraient collaborer afin d'augmenter la proportion des infirmières qui travaillent à temps plein à au moins 70 p. 100 de la main-d'oeuvre de tous les milieux de soins de santé avant avril 2004, et parvenir à une hausse d'au moins 10 p. 100 avant janvier 2003.

6. Tous les employeurs devraient mettre en œuvre, d'ici avril 2003, des programmes visant à déterminer les causes de l'absentéisme et s'efforcer, d'ici avril 2004, de diminuer le taux d'absentéisme pour qu'il corresponde à la moyenne nationale établie pour les travailleuses et les travailleurs à temps plein.

7. Lorsque les infirmières font des heures supplémentaires, les employeurs doivent collaborer avec leurs administrateurs et leur personnel de première ligne afin de minimiser et, si possible, d'éliminer les heures supplémentaires avant janvier 2003.

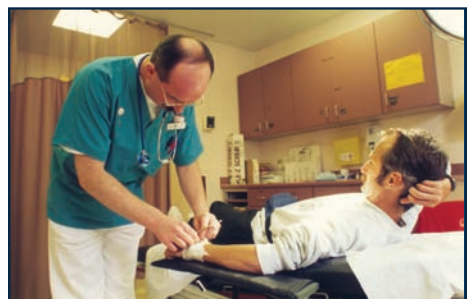
8. S'il y a lieu, les employeurs devraient envisager un léger gonflement des effectifs, afin de prévoir les absences; il a été prouvé que cette stratégie permettait de mieux réduire les frais généraux que les méthodes traditionnelles de dotation.

9. Les employeurs et les syndicats doivent élaborer et mettre en œuvre des méthodes de dotation d'urgence.

### **Rétention des travailleuses plus âgées**

10. Les gouvernements et les organismes employeurs doivent collaborer avec les infirmières chefs et les syndicats afin d'offrir des programmes de retraite progressive aux infirmières plus âgées, pour leur permettre d'accomplir certaines tâches sans rien perdre de leurs avantages sociaux et de leur pension de retraite, avant janvier 2004.

11. Les employeurs doivent collaborer avec les infirmières et les syndicats afin d'offrir un assistance-travail (p. ex., encadrement, mentorat, enseignement), de l'équipement (p. ex., monte-charges électriques) et des ressources humaines (p. ex., porteurs) qui répondent aux exigences des travailleuses plus âgées et leur permettent de faire partie plus longtemps de la population active, avant janvier 2003.



13. Governments, employers, unions and regulating bodies should agree to abolish mandatory overtime immediately.

14. Employers and unions should examine and modify practices that impede timely filling of vacant positions.

### **Salaries, benefits and collective agreements**

15. As they are negotiated, collective agreements and employer-driven policies should be reviewed and revised to reflect innovations in work, education and technology; changing work demands; new realities of the world of work; the needs of contemporary nurses; and the changing expectations of professional caregivers coming into the workforce in the new century.

16. Competitive salaries and benefits, which are critical to retaining the current and next generation of nurses, should continue to be attractive.

### **Reduce non-nursing tasks and maximize scope of practice**

17. All employers should employ sufficient numbers of staff to provide support functions (clerical, environmental, food services, porters) to allow nurses to focus fully on the direct care needs of patients and clients.

18. Federal, provincial and territorial governments should lead a national review of nursing scope of practice as it interrelates with that of physicians and other healthcare workers.

19. All employers should abandon the practice of regulating nursing practice and should put in place policies that will allow each Registered Nurse, Licensed Practical Nurse and Registered Psychiatric Nurse to function to the maximum of her or his professional practice abilities according to the respective provincial/territorial licensing

### **Établissement d'horaires innovateurs et adapté aux besoins des infirmières**

12. Les employeurs et les syndicats devraient collaborer afin d'établir des horaires, des heures de travail et des arrangements de partage du travail innovateurs, afin d'offrir de la souplesse à chaque infirmière et de satisfaire les besoins du reste du personnel infirmier de leur lieu de travail et de respecter le droit qu'ont les infirmières de se reposer, avant avril 2004.

13. Les gouvernements, les employeurs, les syndicats et les organismes de réglementation doivent s'entendre pour éliminer immédiatement les heures supplémentaires obligatoires.

14. Les employeurs et les syndicats devraient examiner et modifier les pratiques qui empêchent de combler à temps les postes vacants.

### **Salaires, avantages sociaux et conventions collectives**

15. Au cours des négociations, il faudrait examiner et réviser les conventions collectives et les politiques des employeurs afin d'y intégrer certaines innovations dans le domaine du travail, de la formation et de la technologie, ainsi que les besoins nouveaux sur le plan du travail, les nouvelles réalités du monde du travail, les besoins actuels des infirmières et les nouvelles attentes des dispensateurs de soins professionnels qui s'ajouteront à la main-d'œuvre infirmière au cours du nouveau siècle.

16. Il est crucial d'offrir des salaires et des avantages sociaux concurrentiels, afin de retenir les infirmières actuelles et celles de la prochaine génération, et de continuer de les attirer.

### **Réduire les tâches non liées aux soins infirmiers et maximiser le cadre des fonctions**

17. Tous les employeurs devraient engager suffisamment de personnel de soutien (administratif, environnemental, services alimentaires, porteurs) pour permettre aux infirmières de se consacrer entièrement aux soins directs aux patients et aux clients.

18. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers exhorte les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à procéder, à l'échelle nationale, à l'examen du cadre des fonctions des infirmières par rapport à celui des médecins et des autres travailleurs en soins de santé.

19. Nous exhortons également tous les employeurs à cesser de réglementer l'exercice professionnel des infirmières et d'établir des politiques qui permettent à chaque infirmière autorisée, à chaque infirmière auxiliaire autorisée et à chaque infirmière psychiatrique autorisée de fonctionner au maximum de sa capacité professionnelle, tel que le prévoient les normes de son organisme de réglementation professionnelle. Nous exhortons les organismes de réglementation à collaborer avec les infirmières, les employeurs, les syndicats, les éducateurs et les gouvernements afin de maximiser le cadre des fonctions des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières psychiatriques autorisées dans tous les milieux et domaines de compétence, compte tenu



body. Regulators are urged to work with nurses, employers, unions, educators and governments to maximize the scopes of practice of Registered Nurses, Licensed Practical Nurses and Registered Psychiatric Nurses in all settings and jurisdictions, as appropriate, given the acuity and complexity of patients, residents, clients, and/or families in the setting.

### **Recommendation 2: Create Professional Practice Environments that Will Attract and Retain a Healthy, Committed Workforce for the 21st Century.**

#### Leadership

##### *A call for respect*

20. Given the powerful need for a return to respectful thinking and behaviour across the healthcare system, all federal, provincial and territorial Ministers and Deputy Ministers of Health should issue a strong statement on the importance of respect for all workers in the system (including managers, corporate leaders and students). This statement should specify the expectations for each and every person working in the healthcare system.

##### *Managers*

21. The number of first-line managers should be sufficient to allow reasonable levels of contact with nurses in the setting. In settings where the majority of staff are nurses, the first-line manager should be an experienced nurse with strong leadership abilities. We encourage employers to examine and assess the growing body of literature suggesting the characteristics of a reasonable, manageable span of control for nurse managers and directors that allows them to complete assigned functions and be present to meet nurses' and patients' needs. Changes should be completed by April 2003.

22. First-line managers should be supported with human (e.g., clerical) and technical resources that allow them to do the required work within reasonable hours of work. Programs should be in place by April 2003.

23. Recognizing that not enough nurses are moving into management and leadership positions, employers, educators and governments should work with nurses to build in succession planning, including moving nurses through management experiences and into formal leadership positions.

#### Education

##### *Educate and graduate more nurses*

24. The preliminary recommendations of the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology (Volume 5, 2002) should be supported. These recommendations call on the federal government to work with the provinces and territories to ensure that nursing education programs receive enough additional funding to expand their enrolment. Given that the shortage of nurses is so acute, these recommendations

de la complexité des soins actifs qu'elles dispensent aux patients, aux résidents, aux clients et aux familles.

### **Recommandation 2 : Créer des milieux de pratique professionnelle qui attirent et retiennent une main-d'oeuvre en santé et engagée pour le XXIe siècle.**

#### Leadership

##### *Appel au respect*

20. Dans tout le système de soins de santé, il est urgent de rétablir une pensée et un comportement respectueux. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers demande donc à tous les ministres et sous-ministres de la santé aux niveaux fédéral, provincial et territorial, de faire des déclarations énergiques sur l'importance de faire preuve de respect à l'égard de l'ensemble des travailleurs du système, y compris les gestionnaires, les dirigeants et les étudiants, et de demander aux dirigeants d'appuyer ce concept et d'exiger ce respect de tous les travailleurs du système des soins de santé.

##### *Gestionnaires*

21. On devrait engager un nombre suffisant de gestionnaires de première ligne pour qu'ils puissent entretenir un niveau de communication approprié avec les infirmières. Dans les milieux de travail où la majorité du personnel se compose d'infirmières, le gestionnaire de première ligne devrait aussi être une infirmière d'expérience ayant de bonnes capacités de leadership. Nous incitons les employeurs à examiner et à évaluer la documentation croissante précisant les caractéristiques d'un cadre approprié de contrôle pour les infirmières gestionnaires et directrices, en leur permettant d'exercer leurs fonctions en même temps qu'elles répondent aux besoins des infirmières et des patients. Ces changements devraient être mis en oeuvre avant avril 2003.

22. Les gestionnaires de première ligne devraient disposer de ressources humaines (p. ex., en administration) et techniques qui leur permettent d'accomplir leur travail dans un temps raisonnable. Ces programmes devraient être mis en oeuvre avant avril 2003.

23. Reconnaisant qu'un nombre insuffisant d'infirmières accède à des postes de gestion et de direction, nous exhortons les employeurs, les éducateurs





## A Renewed Call for Action: A Synthesis Report on the Nursing Shortage in Canada

also suggest waiving nursing tuition fees for the next four years.

25. As part of a co-ordinated, national nursing education plan, governments should work with schools of nursing, as well as with employers who are able to provide clinical placements for nursing students, to increase the number of new, first-year seats in schools of nursing for Registered Nurses by 25% (roughly 1,100 new seats) in September 2004. This number is above and beyond the 10% recommended in *The Nursing Strategy for Canada*.

26. The number of Registered Nurse seats should be adjusted upward by a further 20% in each of the subsequent four years.

27. Seats in graduate (master's and doctoral) programs should be adjusted upward in response to workforce studies that will examine and make recommendations about the nursing professoriate for Canada, as well as in response to the National Nursing Education Strategy being developed by the Canadian Association of University Schools of Nursing. The number of nurse educators should be increased proportionately to the number of new undergraduate admissions and graduates.

### **Funds for nurses and students**

28. Governments should work with employers and unions to provide funding each year for 10 years, for each full-time nurse in the country, to be used for work-related professional development (e.g., specialty certification). Programs must be in place by June 2003.

- Nurses working less than full-time should be offered proportional funding based on hours worked in the previous year.
- These funds should be in addition to any existing training opportunities (e.g., orientation and inservice

et les gouvernements à collaborer avec les infirmières afin de planifier la relève et de permettre aux infirmières d'acquérir de l'expérience en gestion et d'accéder à des postes de direction officiels.

### **Éducation**

#### ***Former et diplômé plus d'infirmières***

24. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers appuie les recommandations préliminaires du Comité sénatorial permanent des Affaires sociales, des Sciences et de la Technologie (volume 5, 2002), qui incite le gouvernement fédéral à collaborer avec les provinces afin que les programmes de formation en sciences infirmières reçoivent assez de fonds supplémentaires pour accepter de nouvelles candidates et, en raison de la grave pénurie d'infirmières, d'envisager la possibilité d'éliminer les frais d'admission au cours des quatre prochaines années.

25. Dans le cadre d'un plan national coordonné de formation en sciences infirmières, les gouvernements collaboreront avec les écoles d'infirmières ainsi qu'avec les employeurs qui peuvent placer des étudiantes infirmières dans des milieux cliniques, afin d'accroître de 25 p. 100 le nombre de places, soit environ 1 100 nouvelles places, aux cours de première année des écoles d'infirmières pour les infirmières autorisées en septembre 2004. Ce chiffre dépasse celui de 10 p. 100 recommandé dans *La stratégie pour les soins infirmiers au Canada*.

26. Il faut augmenter de 20 p. 100 le nombre de places réservées aux infirmières autorisées au cours de chacune des quatre années à venir.

27. Il faut augmenter le nombre de places dans les programmes de 2<sup>e</sup> et de 3<sup>e</sup> cycle (maîtrise et doctorat) en réponse aux résultats d'études sur la main-d'oeuvre visant à examiner et à présenter des recommandations sur la profession des soins infirmiers au Canada, ainsi qu'en réponse à la stratégie nationale de formation en soins infirmiers qu'élabore actuellement l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing. Il faut augmenter le nombre d'infirmières enseignantes proportionnellement à celui des admissions en premier, en second et en troisième cycle.

#### ***Fonds pour les infirmières et les étudiantes***

28. Les gouvernements doivent collaborer avec les employeurs et les syndicats afin de financer chaque année, pendant 10 ans, chaque infirmière à temps plein au pays; ce financement servira à son perfectionnement professionnel (p. ex., certification dans une spécialité). Ces programmes doivent être mis en place avant juin 2003.

- Il faudrait offrir aux infirmières qui travaillent à temps partiel un financement proportionnel aux heures travaillées au cours de l'année précédente.
- Ces fonds devraient s'ajouter aux possibilités actuelles de formation (p. ex., activités d'orientation au sein du service ou à la formation qu'exige l'employeur afin d'accomplir la tâche actuelle), et devraient être indexés aux taux d'inflation.



activities) or education required by the employer to do the present job, and should be indexed to inflation.

29. Student loans should be forgiven on a prorated basis for nurses who agree to work in hard-to-staff settings, as determined by provincial/territorial and federal governments. This program should be implemented immediately on an urgent basis, with full implementation by September 2003.

30. Employers should work with their managers, nurses and unions to devise schedules and nurse replacement strategies that allow nurses to take full advantage of education opportunities and guarantee their replacement in the work setting during education leaves.

31. To expand the research and teaching capacity of the country, provincial/territorial and federal governments should collaborate to create and support, by September 2004, a Millennium Nursing Scholarship Fund that will provide bursaries equivalent to 50% of tuition for any Registered Nurse, Licensed Practical Nurse or Registered Psychiatric Nurse in the country studying in a master's or doctoral program, by September 2004. The committee recognizes that non-Registered Nurses would have to study in non-nursing programs such as education, for which there are master's and doctoral programs that would be appropriate.

### *Maximizing classroom and clinical opportunities*

32. Employers should work with universities and colleges to maximize links for students and faculty, including cross-appointments of nurses at every level, by January 2003.

33. Educators should collaborate with employers to offer creative clinical experiences for students and maximize readiness for the work world by September 2004.

34. Provincial/territorial governments should collaborate with schools of nursing and employers to fund, design, maintain and evaluate the infrastructure necessary to support clinical and other nursing education; a plan should be developed and submitted to governments by June 2003.

### *Improve education services to rural and remote settings*

35. Provincial/territorial and federal governments should collaborate with schools of nursing to maximize technological (e.g., distance education) and in-person opportunities for nurses working in rural and remote settings, including nurses working in Aboriginal communities, by September 2003.

### *Violence and abuse*

36. The Canadian Nursing Advisory Committee supports the International Council of Nurses and condemns acts of abuse and violence perpetrated against any person, including other healthcare professionals, patients, children, the elderly and other private citizens. Nurses are particularly at risk, and thus attention should continue to be placed on eliminating all forms of abuse and violence against nursing personnel.

37. All settings employing nurses should implement and enforce zero-tolerance policy toward violence,

29. Il faudrait éliminer au prorata les prêts étudiants aux infirmières qui acceptent de travailler dans des milieux difficiles à doter, comme le déterminent les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La mise en place de ce programme est urgente, et devrait être terminée avant septembre 2003.

30. En plus de fournir des fonds, les employeurs devraient collaborer avec les gestionnaires, les infirmières et les syndicats afin d'établir des horaires et des stratégies de remplacement des infirmières, pour que celles-ci puissent profiter pleinement des occasions de formation, et garantir leur remplacement dans leur milieu de travail pendant leur congé de formation.

31. Afin d'étendre la capacité de recherche et d'enseignement au pays, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer afin de créer et de maintenir un fonds d'étude du Millenium en soins infirmiers qui offrirait des bourses équivalentes à 50 p. 100 des frais d'admission de toutes les infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières psychiatriques autorisées du Canada qui sont inscrites à un programme de maîtrise ou de doctorat, avant septembre 2004. Le Comité reconnaît que les infirmières non autorisées devraient suivre des programmes d'études autres que ceux offerts dans les écoles d'infirmières, comme des programmes d'enseignement en sciences infirmières leur permettant d'obtenir un diplôme de maîtrise ou de doctorat.

### *Maximiser les possibilités d'études en classe et en clinique*

32. Les employeurs devraient collaborer avec les universités et les collèges afin de maximiser les liens permettant aux étudiantes et aux professeurs d'obtenir des nominations à tous les niveaux, avant janvier 2003.

33. Les éducateurs devraient collaborer avec les employeurs afin d'offrir une expérience clinique créatrice pour les étudiantes et les préparer le mieux possible au monde du travail, avant septembre 2004.

34. Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient collaborer avec les écoles d'infirmières et les employeurs afin de financer, concevoir, maintenir et évaluer l'infrastructure nécessaire pour appuyer la formation clinique et autre; un plan devrait être élaboré et soumis aux gouvernements avant juin 2003.



## A Renewed Call for Action: A Synthesis Report on the Nursing Shortage in Canada

abuse and harassment in the workplace by January 2003.

38. Employers, educators, nurses, governments, regulators and the public should collaborate with police and security experts to design safer work environments, follow up infractions and punish offenders.

39. Employers should invite police involvement in the orientation of new staff, as well as encourage the reverse – the involvement of nurses in the education of police and security forces who encounter healthcare situations.

### **Recommendation 3: Monitor Activities and Generate and Disseminate Information to Support a Responsive, Educated and Committed Nursing Workforce.**

#### **Work and health**

40. The federal government should fund an annual national survey of nurses' health, to continue at least until the illness, absenteeism and injury rate of nurses has been reduced to the national average for Canadian workers.

41. Federal and provincial/territorial governments should provide one-time funding for the development of national *Healthy Work Environment Guidelines* that would offer clear instructions to employers wanting to create high-quality nursing workplaces that would be considered "the workplace of choice" by nurses.

#### **Accreditation**

42. Federal and provincial/territorial governments should collaborate with the Canadian Council on Health Services Accreditation and employers to support accreditation activities that will monitor and improve the quality of nursing work life.

43. A special Accreditation Award should be created for employers that achieve excellence as *nursing workplaces of choice*. To be accredited at all, each employer would have to meet basic criteria that would include a reduction in

#### **Améliorer les services de formation dans les régions rurales et éloignées**

35. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer avec les écoles d'infirmières afin de maximiser les possibilités de formation axées sur la technologie (p. ex., formation à distance) ou en personne pour les infirmières qui travaillent dans des régions rurales et éloignées, y compris au sein de communautés autochtones, avant septembre 2003.

#### **Violence et mauvais traitements**

36. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers appuie le Conseil international des infirmières qui condamne tout acte de violence perpétré contre quiconque, y compris les autres professionnels des soins de santé, les patients, les enfants, les aînés et les simples citoyens. Les infirmières sont particulièrement vulnérables; il faut donc continuer de veiller à l'élimination de toute forme de violence contre le personnel infirmier.

37. Tous les endroits où travaillent des infirmières doivent mettre en place et appliquer une politique de tolérance zéro de la violence, des mauvais traitements et de harcèlement dans les lieux de travail avant janvier 2003.

38. Les employeurs, les éducateurs, les infirmières, les gouvernements, les organismes de réglementation et le public devraient collaborer avec les forces policières et les experts en sécurité afin de créer des milieux de travail plus sûrs, et de poursuivre et de punir les contrevenants.

39. Les employeurs devraient inviter les forces policières à participer à l'orientation du nouveau personnel et encourager l'inverse – la participation des infirmières à l'éducation des agents de police et des forces de sécurité qui doivent intervenir dans le secteur des soins de santé.

### **Recommandation 3 : Surveiller les activités et diffuser une information permettant afin d'appuyer une main-d'oeuvre infirmière réceptive, bien formée et engagée.**

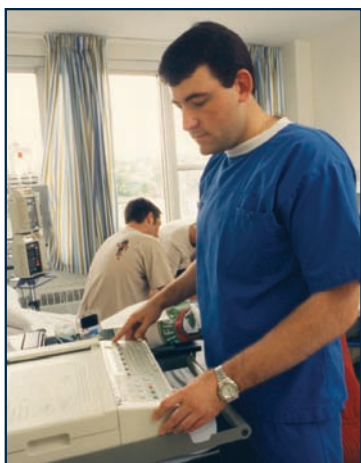
#### **Travail et santé**

40. Le gouvernement fédéral doit financer une étude nationale annuelle sur la santé des infirmières, du moins jusqu'à ce que les taux de maladie, d'absentéisme et de blessures chez les infirmières soient réduits à ceux de la moyenne nationale des travailleurs et travailleuses canadiens.

41. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent assurer un financement unique, afin d'élaborer des *directives précises sur la création d'un milieu de travail sain* pour les employeurs qui souhaitent offrir aux infirmières des milieux de travail d'une qualité telle qu'elles-mêmes les considéreraient comme des milieux de travail privilégiés.

#### **Accréditation**

42. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent collaborer avec le Conseil canadien d'agrément des services de santé et les employeurs afin d'appuyer les



absenteeism and overtime, increases in the proportion of staff working full time and other similar measures. Health Canada is urged to work with the Canadian Council on Health Service Accreditation and the Canadian Healthcare Association to develop and fund the award program.

### Ongoing monitoring

44. Federal and provincial/territorial governments should collaborate with the Advisory Committee on Health Human Resources to monitor the implementation of the recommendations of the Canadian Nursing Advisory Committee. Among many options, the Advisory Committee on Health Human Resources may wish to

- a) extend the mandate of the present Committee as it stands,
- b) extend the Committee but revolve the membership or
- c) transition the Canadian Nursing Advisory Committee to an issue-based task force under their new structure.

- Any future committee(s) may wish to involve or consult with the federal and provincial/territorial chief nurses and heads of provincial/territorial nursing advisory committees (or similar structures).

- We suggest that such a committee meet twice a year for a further two years to monitor implementation of the recommendations in this report and co-ordinate them with related activities such as the Nursing Strategy for Canada and the National Occupational/Sector Study of Nursing. A related purpose would be to provide some national *corporate memory* by tracking policy decisions so that we maximize opportunities, provide feedback to policy makers and not repeat past mistakes.

### Research and information

45. Researchers should continue to study and refine their understanding of nursing workforce information. In particular, the focus should be on the following:

- Licensed Practical Nurses and Registered Psychiatric Nurses;
- Workload measurement;
- The ratio of nurses to patients and effects on quality of care;
- The effects of shift length on nurses and patients;
- The dynamics of overtime, absenteeism and turnover;
- The impact of relationships between nursing human resources and patient outcomes, including economic impacts;
- Skill mix;
- Management information systems;
- Development and refinement of indicators of quality of work life and nurse-sensitive quality outcomes for patients; and
- Refinement of human resources planning methods that consider the needs of populations, take into account the manner in which nursing resources are managed and deployed, and are linked to population, provider and health outcomes.

46. Nursing policy makers, researchers, educators and professional associations should work closely with

activités d'accréditation visant à surveiller et à améliorer la qualité de la vie professionnelle des infirmières.

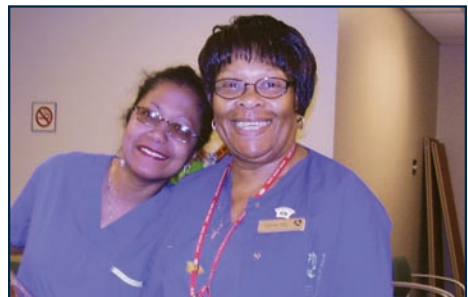
43. On devrait créer un prix spécial d'excellence pour les employeurs dont l'établissement est reconnu comme *un lieu de travail privilégié dans le secteur des soins infirmiers*. Pour mériter cette reconnaissance, chaque employeur devrait répondre à des critères fondamentaux comprenant la réduction des taux d'absentéisme et des heures supplémentaires, la hausse de la proportion du personnel travaillant à temps plein et d'autres mesures similaires. Nous exhortons Santé Canada à collaborer avec le Conseil canadien d'Accréditation des services de santé et avec l'Association canadienne des soins de santé à l'élaboration et au financement de ce programme de prix d'excellence.

### Surveillance continue

44. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient collaborer avec le Comité consultatif des ressources humaines en santé afin de surveiller la mise en oeuvre des recommandations du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers. Le Comité consultatif des ressources humaines en santé pourrait, entre autres choses, a) prolonger le mandat actuel du présent Comité, b) élargir le Comité, mais en établissant un roulement des membres ou c) transformer le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers en un groupe de travail doté d'une nouvelle structure et axé sur la résolution de problèmes.

- Le ou les futurs comités pourraient faire participer, ou du moins consulter les infirmières chefs aux niveaux fédéral, provincial et territorial, ainsi que les dirigeantes des comités consultatifs en soins infirmiers des provinces et des territoires ou des autres organismes similaires.

- Nous suggérons que ce comité se réunisse deux fois par année pendant encore deux ans, afin de surveiller la mise en oeuvre des recommandations présentées dans ce rapport et de les coordonner avec les autres activités connexes, comme La stratégie pour les soins infirmiers au Canada, la Stratégie nationale de formation en soins infirmiers et l'Étude sectorielle et professionnelle nationale sur les infirmières et infirmiers. Ils pourraient aussi veiller à la création d'une mémoire corporative en suivant de près les décisions portant sur les politiques, en vue de maximiser les possibilités, d'offrir une rétroaction aux décideurs et d'éviter de répéter les erreurs du passé.



the Canadian Institute for Health Information (CIHI), the Canadian Institutes of Health Research (CIHR), the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF), the CHSRF/CIHI Chair of Nursing Human Resources, and Statistics Canada to develop information about knowledge needed for further work.

### *The system*

47. Governments, employers, unions, educators and professional associations across the country should support the implementation of the recommendations of provincial/territorial nursing advisory committees (or equivalent structures) and other strategies under way to improve the working lives of Canadian nurses.

48. Federal and provincial/territorial governments should fund Chief Nurse positions, position nurses in senior policy positions, and support ongoing funding for nursing advisory committees or similar structures.

49. Governments across the country should make long-term (multi-year) funding investments in the health and education systems. These investments should be stable, sustainable and adequate.

50. Governments should make particular investments in nurses working in rural and remote settings. These investments should be grounded in the triple goals of recruitment, retention and improved working conditions in rural and remote settings.

51. Federal, provincial and territorial governments should work with professional associations, employers, unions and educators to fund and implement a broad national campaign to attract and retain a diverse workforce

### *Recherche et information*

45. Nous encourageons les chercheurs à continuer d'examiner et de mieux comprendre l'information sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, en portant une attention particulière :

- aux infirmières auxiliaires autorisées et aux infirmières psychiatriques autorisées;
- à la mesure de la charge de travail;
- au rapport infirmières-patients et à ses effets sur la qualité des soins;
- aux répercussions de la durée des quarts de travail sur les infirmières et sur les patients;
- à la dynamique des heures supplémentaires, de l'absentéisme et du roulement du personnel;
- à l'analyse des répercussions qu'ont les relations entre les ressources humaines en soins infirmiers et l'état de santé des patients, y compris les répercussions économiques;
- à la compétence collective;
- aux systèmes de gestion de l'information;
- à l'élaboration et à la mise au point d'indicateurs de la qualité de vie au travail et de la réceptivité des infirmières, en rapport avec l'état de santé des patients;
- au perfectionnement de méthodes de planification des ressources humaines en fonction des besoins des populations, des modes de gestion et de déploiement des ressources en soins infirmiers, en tenant compte de la population, des dispensateurs de soins et de l'état de santé des patients.

46. Les décideurs en matière de soins infirmiers, les chercheurs, les éducateurs et les associations professionnelles du secteur des soins infirmiers devraient collaborer étroitement avec l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), les présidents des ressources humaines en soins infirmiers de la FCRSS et de l'ICIS et Statistique Canada afin de recueillir l'information quant aux connaissances nécessaires à la progression des travaux.

### *Le système*

47. Nous exhortons fortement tous les gouvernements, employeurs, syndicats, éducateurs et associations professionnelles du pays à appuyer la mise en oeuvre des recommandations des comités consultatifs provinciaux et territoriaux sur les soins infirmiers (ou des organismes équivalents) et les autres stratégies en cours visant à améliorer la vie professionnelle des infirmières canadiennes.

48. Nous exhortons les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à financer des postes d'infirmières chefs, à placer des infirmières à des postes de cadres et de décideurs et à appuyer le financement continu des comités consultatifs sur les soins infirmiers et autres organismes similaires.

49. Les gouvernements du pays devraient faire des investissements à long terme (pluriannuels) dans les systèmes de santé et d'éducation. Ces investissements devraient être stables, durables et appropriés.



(based, for example, on gender, culture and ethnicity) in all nursing roles and at all levels, and especially to fund a national task force to increase the recruitment and retention of Aboriginal nurses and nursing students.

50. Les gouvernements devraient injecter des fonds spéciaux destinés aux infirmières qui travaillent dans les régions rurales et éloignées. Ces investissements devraient viser trois objectifs : le recrutement, la rétention et l'amélioration des conditions de travail dans les régions rurales et éloignées.

51. Nous exhortons les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à collaborer avec les associations professionnelles, les employeurs, les syndicats et les éducateurs dans le but de financer et de mettre en oeuvre une campagne à l'échelle nationale visant à attirer et à retenir une main-d'oeuvre diversifiée (fondée, par ex., sur le sexe, la culture ou l'ethnie) pour tous les rôles et à tous les niveaux des soins infirmiers, et, tout particulièrement de financer un groupe de travail national chargé de favoriser le recrutement et la rétention des infirmières et des étudiantes-infirmières autochtones.



## Victor Maddalena

Victor Maddalena (BN, MHSA, PhD) is an Assistant Professor in the School of Health Services Administration at Dalhousie University.

Victor has held several positions in the healthcare system over the past 25 years, including Registered Nurse in the Burn Unit of the Victoria General Hospital and the Intensive Care Unit at the Izaak Walton Killam Hospital for Children. He has worked as a Policy Analyst in Health Human Resources for the Nova Scotia Department of Health from 1988 to 1991. From 1991 to 1995, he served as Administrator of Sacred Heart Hospital in Chéticamp, a community hospital in rural Nova Scotia. During the period from 1995 to 2000, he was the Chief Executive Officer of the Western Regional Health Board. He has served as a consultant to government agencies and health organizations on a wide range of health policy issues, including strategic planning, health human resources policy, primary health care, and health systems.

Victor is a member of the Editorial Advisory Board for “Leadership in Health Services.” He teaches courses in ethics and decision making, strategic planning, health policy and quality management. His research interests are in the areas of ethics and governance, serving the health needs of vulnerable populations, health human resources, and palliative care.

## Victor Maddalena

Victor Maddalena (bacc. soins infirmiers, m. adm. services de santé, Ph. D.) est professeur adjoint à l'École d'administration de services de santé à l'Université de Dalhousie.

Au cours des 25 dernières années, M. Maddalena a occupé divers postes au sein du système de soins de santé, dont celui d'infirmier autorisé à l'unité des brûlés du Victoria General Hospital et de l'unité des soins intensifs de l'Izaak Killam Hospital for Children. De 1988 à 1991, il a œuvré à titre d'analyste des politiques en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé, pour le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Puis, de 1991 à 1995, il a été administrateur de l'Hôpital du Sacré-Cœur à Chéticamp, un hôpital communautaire rural en Nouvelle-Écosse. De 1995 à 2000, il a été chef de la direction du Conseil de santé de la région de l'Ouest. Il a agi à titre de consultant auprès d'organismes gouvernementaux et d'organisations de santé relativement à un large éventail de questions de santé, dont la planification stratégique, les ressources humaines du domaine de la santé, les soins primaires et les systèmes de santé.

V. Maddalena est membre du comité consultatif de rédaction de Leadership in Health Services. Il donne des cours dans les domaines de l'éthique et de la prise de décision, de la planification stratégique, des politiques en matière de santé et de la gestion de la qualité. Les domaines de recherche qui l'intéressent sont l'éthique et la gouvernance, la réponse aux besoins de soins de santé des populations vulnérables, les ressources humaines dans le domaine de la santé, et les soins palliatifs.

## Amanda Crupi

Amanda Crupi (BA[H], MAHSR) works with the Canadian Federation of Nurses Unions as a Research Officer.

Prior to employment with the CFNU, Amanda has held positions at the Ottawa Hospital Cancer Centre, the Hotel Dieu Hospital's Breast Assessment Program, Rideaucrest Home (Alzheimer's Society), and the University of Ottawa's Institute of Population Health (Women's Health Research Unit). She received her undergraduate training through Queen's University where she obtained a degree in both Psychology and Health Studies.

In 2007, Amanda completed her Master's degree in Applied Health Services Research at Dalhousie University where her research focused on health human resource requirements for the assistive technology industry in Canada.

Her current work at the Canadian Federation of Nurses Unions is focused on the monitoring and analysis of social and public service delivery trends in nursing and health care, with a focus on occupational health and safety. She is also sits on a number of steering committees for both the Canadian Health Coalition and the Canadian Labour Congress. She has presented at provincial and national healthcare conferences, and her current research interests include health human resource management, interprofessional collaboration, occupational health and safety, and gender equity issues.

## Amanda Crupi

Amanda Crupi (BA [H], MAHSR) est agente de recherches à la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers.

Amanda joint les rangs de la FCSII avec une expérience de travail variée : Centre de cancérologie de l'Hôpital d'Ottawa, Programme de dépistage du cancer du sein de l'Hôpital Hotel Dieu, Rideaucrest Home (Société Alzheimer) et Institut de recherche sur la santé des populations à l'Université d'Ottawa (unité de recherche sur la santé des femmes). Titulaire d'un baccalauréat en psychologie et sciences de la santé de l'Université Queen's, elle poursuit ses études à l'Université Dalhousie et complète, en 2007, une maîtrise en recherche appliquée en services de santé. Sa recherche porte alors sur les besoins en matière de ressources humaines en santé de l'industrie de la technologie d'assistance au Canada.

Son travail à la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers porte présentement sur le suivi et l'analyse des tendances en matière de prestation de services de santé sociaux et publics avec un accent particulier sur la santé et la sécurité au travail. Amanda fait aussi partie de plusieurs comités directeurs de la Coalition canadienne de la santé et du Congrès du travail du Canada. Elle a présenté les résultats de ses recherches à des congrès provinciaux et nationaux sur les soins de santé. Ses principaux intérêts de recherche sont la gestion des ressources humaines en santé, la collaboration interprofessionnelle, la santé et la sécurité au travail, et les questions d'équité entre les sexes.