



Avril 2026

Points de pression : **renforcer et maintenir en poste** **le personnel infirmier praticien au Canada**

Conclusions de l'étude nationale de 2025 sur le maintien en poste
et le recrutement du personnel infirmier praticien

Rapport synthèse

Erin Ziegler, Ph. D



LA FÉDÉRATION
CANADIENNE
DES SYNDICATS
D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS



Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers

À propos de la FCSII

La FCSII est la plus grande organisation infirmière au Canada. Elle représente infirmières et infirmiers syndiqués de première ligne de tous les secteurs de soins — soins à domicile, SLD, soins communautaires et actifs — ainsi que les étudiantes et étudiants en sciences infirmières. Elle se porte à la défense d'enjeux prioritaires afin de consolider les soins de santé publics partout au pays. Nous luttons avec acharnement pour la santé et la sécurité de nos membres et des patients d'un océan à l'autre. Joignez-vous à nous et prenons la parole pour revendiquer un meilleur système de soins de santé et de meilleurs milieux de travail pour tous les infirmiers et les infirmières.

Reconnaissance des terres

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

Publié par:

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

ISBN: 978-1-990840-61-6

Équipe de projet de la FCSII

Coordonnateur de recherche : Alexandra Hamill

Conception et mise en page : Holly Drew

Soutien du projet : Emily Watkins et Oxana Genina

© 2026 Fédération canadienne des syndicats
d'infirmières et infirmiers

Tous droits réservés. Aucune partie de ce livre ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen que ce soit sans l'autorisation de l'éditeur.

Équipe de recherche

Erin Ziegler, Ph. D.

Denise Bryant-Lukosius, Ph. D.

Rini Dass

Alyssa Indar, Ph. D.

Breanna Lloy, D.S.I.

Ruth Martin-Misener, Ph. D.

Isabelle Savard, Ph. D.

Anastasia Warmington

Traduction:

Juliette Giannesini



Organisations membres de la FCSII



Registered
Nurses'
Union

Newfoundland & Labrador



UNA

United Nurses of Alberta



pei nurses



BC NURSES'
UNION

Standing up for health care



L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO

SUN

SASKATCHEWAN
UNION OF NURSES



CNSA
AFIC

mnwu

MANITOBA NURSES UNION



Balayez le code QR pour lire [le résumé du rapport en anglais](#)
ou lire [le rapport complet](#). Le rapport complet est uniquement
publié en anglais.

Table des matières

MOT DE LA PRÉSIDENTE DE LA FCSII	2
MOT DE L'AUTRICE	5
SYNTHÈSE ET PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	8
RAPPORT DE PROJET	11
Contexte et vue d'ensemble	11
Objectif de l'étude	13
Méthodologie	13
Recommandations	15
Recommandation 1 : Créer des milieux de travail propices.....	15
Recommandation 2 : Modèles de rémunération et de financement.....	19
Recommandation 3 : Planification des ressources humaines en santé.....	24
Conclusion	28
ÉQUIPE DE RECHERCHE	30
RÉFÉRENCES	31





Mot de la présidente de la FCSII

J'ai commencé à défendre le rôle des infirmières et infirmiers praticiens lorsque j'étais présidente du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, au début des années 1990, après qu'une étude a montré que le personnel infirmier praticien pouvait assumer adéquatement environ 80 % du champ de pratique d'un médecin de famille. Dire que tout le monde ne partageait pas cet avis serait un euphémisme. Ce n'est qu'au début des années 2000 que le Nouveau-Brunswick a réellement mis en place le rôle des infirmières et infirmiers praticiens.

La compréhension du champ de pratique du personnel infirmier praticien et de son importance pour répondre aux besoins des patients au Canada a évolué au fil des décennies qui ont suivi.

Terre-Neuve-et-Labrador a fait figure de pionnière pour accélérer l'intégration du personnel infirmier praticien. La province a mis sur pied un programme permettant aux infirmières et infirmiers de quitter temporairement leurs collectivités pour recevoir la formation nécessaire, puis d'y revenir comme prestataires de soins de santé primaires. Le Québec et la Nouvelle-Écosse ont rapidement emboîté le pas. L'Ontario compte depuis longtemps le plus grand nombre d'infirmières et infirmiers praticiens en exercice et a été la première province à mettre en place des cliniques dirigées par des IP.

Au début des années 2000, grâce à un financement du gouvernement fédéral, l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens a permis l'élaboration d'un cadre normalisé pour la formation et le champ de pratique, qui oriente encore aujourd'hui l'exercice du personnel infirmier praticien.

La question de la rémunération équitable continuait aussi de se poser avec acuité. En 2018, la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) a publié un rapport qui plaçait les voix du personnel infirmier praticien au cœur de la réflexion. Cette étude est née des préoccupations exprimées par les infirmières et infirmiers

praticiens ainsi que par les syndicats infirmiers, selon lesquelles les IP représentaient un potentiel encore inexploité pour aider le Canada à répondre aux besoins croissants en soins de santé primaires partout au pays. Je me souviens de membres du personnel praticien non syndiqués qui, faute de stabilité, devaient sans cesse passer d'un emploi à l'autre.

Le rapport de la FCSII, *Développer le potentiel inexploité des infirmières et des infirmiers praticiens au sein du système de santé du Canada*, recommandait d'harmoniser la rémunération des IP dans l'ensemble des milieux de soins et d'un océan à l'autre, d'améliorer les avantages sociaux offerts par les employeurs, d'adopter des modèles de financement durables reflétant les besoins de santé de la population, d'élargir le réseau de cliniques dirigées par des IP et d'en créer de nouvelles, ainsi que d'intégrer les IP aux stratégies gouvernementales de ressources humaines en santé.

Plus d'une personne sur cinq au Canada n'a pas accès à une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, ni à un médecin de famille – soit près de six millions de personnes.

Bien que certaines de ces recommandations aient été mises en œuvre, il reste encore beaucoup à faire. Plus d'une personne sur cinq au Canada n'a pas accès à une infirmière praticienne ou un infirmier praticien, ni à un médecin de famille — soit près de six millions de personnes.

Le rôle essentiel que joue le personnel infirmier praticien dans les soins de santé primaires est désormais bien reconnu, et il fait maintenant partie intégrante de notre système public de santé — même s'il m'arrive encore, à l'occasion, de devoir rappeler à la classe politique que l'accès aux soins de santé primaires ne se

limite pas aux médecins. Une récente campagne de sensibilisation du Syndicat des infirmières et infirmiers autorisés de Terre-Neuve-et-Labrador l'a d'ailleurs exprimé avec justesse : « Il y a une infirmière praticienne pour ça! »

Le Canada fait désormais face à la plus importante transformation de la façon dont le personnel infirmier praticien exerce au sein de notre système de santé. La Politique sur les services de la *Loi canadienne sur la santé* est entrée en vigueur le 1er avril 2026. Annoncée pour la première fois au début de 2025 par le ministre fédéral de la Santé, cette politique précise que les soins médicalement nécessaires fournis par des

infirmières et infirmiers praticiens font partie du système public de santé du Canada, et que l'accès à ces services doit reposer sur les besoins médicaux et non sur la capacité de payer. Il s'agit d'une avancée importante pour faire en sorte que l'ensemble du champ de pratique du personnel infirmier praticien soit compris, reconnu et respecté.

Aujourd'hui, avec l'appui d'Erin Ziegler, Ph. D., et de son équipe, la FCSII publie un nouveau rapport sur le personnel infirmier praticien, qui propose aux décideurs et aux employeurs des recommandations pour mieux respecter, maintenir en poste et recruter les IP dans tous les secteurs des soins de santé au sein de nos collectivités.

Solidairement vôtre,



Linda Silas
Présidente de la FCSII



Mot de l'autrice

Investir dans le personnel infirmier praticien en favorisant des milieux de travail propices, une rémunération équitable et une planification stratégique des ressources humaines en santé est essentiel pour assurer la pérennité du système de santé canadien. S'attaquer à ces enjeux permettra de renforcer le maintien en poste, d'améliorer l'accès aux soins et de garantir une main-d'œuvre résiliente, capable de répondre aux besoins actuels et futurs de la population.

En effet, il s'agit d'un moment charnière pour le système de santé canadien. Les pénuries persistantes de personnel, les inégalités croissantes dans l'accès aux soins et les effets durables de la pandémie de la COVID-19 ont mis en évidence tant les forces que les vulnérabilités des ressources humaines en santé. Dans ce contexte, le personnel infirmier praticien occupe une place essentielle et connaît une croissance rapide, offrant des soins accessibles, de grande qualité et centrés sur la personne dans les collectivités d'un bout à l'autre du pays. Toutefois, malgré l'élargissement de son rôle et la reconnaissance de sa valeur, il continue de faire face à des obstacles systémiques qui menacent sa pérennité, son bien-être et son maintien en poste.

Les conclusions de l'étude dressent un portrait nuancé et révélateur. Le personnel infirmier praticien continue de tirer une grande satisfaction professionnelle de la prestation de soins directs aux patients, de l'établissement de relations thérapeutiques et de l'exercice autonome de sa pratique visant à améliorer l'état de santé des patients. Parallèlement, de nombreuses personnes déclarent se sentir sous-évaluées, surchargées et insuffisamment soutenues par les structures organisationnelles, les modèles de financement et les politiques en place. La prévalence de l'épuisement professionnel, les préoccupations liées à la rémunération, les possibilités limitées de perfectionnement professionnel et le manque d'influence dans la prise de décision ne sont pas des enjeux isolés; il s'agit de défis systémiques qui, s'ils ne sont pas abordés, risquent de compromettre la stabilité du personnel infirmier praticien et du système de santé dans son ensemble.

Il importe de souligner que ce rapport ne se limite pas à documenter les défis : il met en évidence des possibilités. De nombreux facteurs qui nuisent à la satisfaction au travail et au maintien en poste du personnel infirmier praticien peuvent être corrigés. La création de milieux de travail propices, l'harmonisation de la rémunération avec l'étendue de la pratique et la contribution, ainsi que la mise en œuvre d'une planification coordonnée des ressources humaines en santé, sont des objectifs atteignables. S'attaquer à ces enjeux pourrait améliorer le bien-être du personnel infirmier praticien, renforcer le maintien en poste et améliorer l'accès des patients à des soins de qualité, en temps opportun.

Lorsqu'il est soutenu pour exercer pleinement son champ de pratique dans des milieux qui reconnaissent et valorisent son expertise, le personnel infirmier praticien génère des retombées qui dépassent le cadre individuel et profitent aux patients, aux communautés et à l'ensemble du système de santé.

Ce travail repose également sur les témoignages des infirmières et infirmiers praticiens. L'enquête et les entrevues ont permis à des membres du personnel infirmier praticien des quatre coins du Canada de s'exprimer avec franchise. Les données recueillies montrent bien leur perspicacité et un profond engagement envers leurs patients et leur profession. Leurs perspectives mettent en évidence un message central du rapport : lorsqu'il est soutenu pour exercer pleinement son champ de pratique dans des milieux qui reconnaissent et valorisent son expertise, le personnel infirmier praticien génère des retombées qui dépassent le cadre individuel et profitent aux patients, aux communautés et à l'ensemble du système de santé.

Nous espérons que ce rapport servira de catalyseur à l'action. Les décideurs, les employeurs, les syndicats, les associations professionnelles, les établissements d'enseignement et les chercheurs ont tous un rôle à jouer pour assurer un avenir durable à la pratique du personnel infirmier praticien au Canada. En investissant dans ce personnel non seulement comme prestataires de soins mais aussi comme leaders, acteurs de l'innovation et partenaires de la transformation du système, il est possible de renforcer le système de santé canadien et de mieux répondre aux besoins

de la population. Ce rapport se veut à la fois une source de données probantes et une invitation à agir : une démonstration de la contribution essentielle et des défis du personnel infirmier praticien, ainsi qu'un appel à travailler de manière concertée à des solutions qui permettront de le soutenir, de le valoriser et de lui donner les moyens de s'épanouir, aujourd'hui comme demain.



Erin Ziegler, Ph. D., IP (soins de santé primaires), FNPAC

Chercheuse principale

Professeure agrégée, Daphne Cockwell School of Nursing, Toronto Metropolitan University

Membre du corps professoral, Centre canadien de recherche sur la pratique infirmière avancée

Première titulaire d'une bourse, Association des infirmières et infirmiers praticiens du Canada



Synthèse et principales recommandations

Le personnel infirmier praticien (IP) constitue une composante essentielle et en pleine croissance de la main-d'œuvre en santé au Canada. Il joue un rôle déterminant dans l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, centrés sur la personne, dans divers milieux de soins. Alors qu'une personne sur cinq au Canada n'a pas accès à un fournisseur de soins de santé primaires et que les postes vacants dans le secteur de la santé restent bien au-dessus des niveaux observés avant la pandémie, l'optimisation du recrutement, du maintien en poste et de l'intégration du rôle des IP représente une priorité nationale. Cette étude pancanadienne à méthodes mixtes porte sur les caractéristiques des IP, leurs milieux de pratique ainsi que les facteurs réglementaires et organisationnels, et leur incidence sur la satisfaction au travail et la stabilité de la main-d'œuvre.

L'étude repose sur un échantillon de 1 363 infirmières praticiennes et infirmiers praticiens qui exercent dans toutes les provinces et tous les territoires, ce qui en fait l'une des analyses les plus vastes et les plus complètes de la main-d'œuvre des IP au Canada à ce jour. Bien que le nombre d'IP ait plus que doublé au cours de la dernière décennie, les résultats révèlent des pressions croissantes au sein de la profession. Dans l'ensemble, les IP se disent peu satisfaits de leur travail. Le niveau de satisfaction est le plus élevé à l'égard des aspects intrinsèques de la pratique, notamment les soins directs aux patients, le temps consacré aux patients et l'autonomie clinique. En revanche, il règne un climat d'insatisfaction généralisée en ce qui concerne la rémunération, la faible participation aux décisions organisationnelles, les possibilités limitées de perfectionnement professionnel, le soutien insuffisant à la recherche et aux activités académiques, ainsi que la reconnaissance insuffisante des contributions en dehors des soins directs.

Les enjeux liés au maintien en poste sont importants. Plus du tiers des IP déclarent envisager de quitter leur poste actuel ou y songent activement. Les principaux facteurs associés au roulement et à l'intention de départ sont une rémunération inadéquate, l'épuisement professionnel et une charge de travail excessive. L'épuisement professionnel s'impose comme un enjeu majeur depuis la pandémie, étroitement lié à des charges de travail difficiles à gérer, à la complexité des cas, à un temps de récupération insuffisant et aux pressions organisationnelles. Ces conditions menacent non seulement le bien-être des IP mais risquent également de compromettre la qualité des soins. La rémunération demeure un enjeu critique : les salaires sont souvent inférieurs aux seuils ajustés à l'inflation, et les modèles de financement varient considérablement d'un territoire ou d'une province à l'autre, créant des inégalités et des obstacles au recrutement et au maintien en poste.

Les évolutions démographiques complexifient davantage la pérennité de la main-d'œuvre. L'arrivée rapide d'un grand nombre d'IP en début de carrière, combinée aux départs à la retraite imminents d'IP expérimentés, met en évidence la nécessité urgente d'un soutien structuré à la transition vers la pratique, de mentorat et de planification de la relève. En l'absence d'une planification coordonnée des ressources humaines en santé, le Canada risque de voir s'accroître l'instabilité de sa main-d'œuvre, malgré la croissance continue du nombre d'IP.

Principales recommandations

1 **Créer des milieux de travail propices** pour le personnel infirmier praticien en renforçant le soutien organisationnel, en assurant des charges de travail raisonnables afin de réduire l'épuisement professionnel, et en favorisant la participation du personnel infirmier praticien à la prise de décision, au perfectionnement professionnel et à la recherche.

2 **Moderniser les modèles de rémunération et de financement** afin d'assurer une rémunération équitable, transparente et concurrentielle qui reflète l'étendue des fonctions, la charge de travail et la contribution des IP dans divers milieux de soins.

3 **Mettre en œuvre une planification globale des ressources humaines en santé,** avec une prévision des effectifs, des programmes de transition vers la pratique, du mentorat pour les IP en début de carrière et des stratégies visant à maintenir en poste les IP expérimentés.



Rapport de projet

Contexte et vue d'ensemble

La main-d'œuvre en santé constitue le fondement du système de santé. Comprendre cette main-d'œuvre — qui en fait partie, où elle exerce et quelles sont ses fonctions — est essentiel à une planification efficace (Bourgeault, 2021). Une planification inadéquate de la main-d'œuvre en santé entraîne des coûts plus élevés, des risques accrus pour la sécurité des patients et la qualité des soins, ainsi que des inégalités (Bourgeault et coll., 2021; Poghosyan et Carthon, 2017). De récentes données nationales montrent que les taux de postes vacants dans le secteur de la santé demeurent nettement supérieurs aux niveaux observés avant la pandémie, ce qui met en évidence des défis persistants en matière de recrutement et de maintien en poste (Statistique Canada, 2025). Les IP constituent le groupe de professionnels de la santé dont la croissance est la plus rapide au Canada (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2022). Comprendre les facteurs qui jouent sur l'offre, le recrutement, l'utilisation et le maintien en poste des IP est essentiel pour une planification efficace de la main-d'œuvre (Santé Canada, 2024).

Au Canada, les IP sont des infirmières et infirmiers autorisés qui ont suivi une formation poussée en soins infirmiers, généralement de niveau maîtrise ou supérieur. Ils ont acquis le nombre nécessaire d'heures d'expérience clinique et satisfait aux exigences des examens réglementaires (Association des infirmières et infirmiers du Canada, s. d.). Les IP constituent une catégorie distincte de personnel infirmier, régie par un cadre réglementaire, et disposent d'un pouvoir légal leur permettant de poser des diagnostics, de traiter des maladies, de prescrire des examens diagnostiques et d'en interpréter les résultats, de prescrire des médicaments et de réaliser certains actes médicaux de façon autonome (Association des infirmières et infirmiers du Canada, s. d.). Le permis d'exercice varie d'une administration à l'autre au pays : certaines provinces et certains territoires délivrent un permis général d'IP, tandis que d'autres offrent des permis par spécialité, notamment en soins de santé primaires, en pédiatrie, en soins aux adultes ou en néonatalogie. Les IP exercent dans divers milieux, notamment les hôpitaux, les soins de santé primaires, les milieux communautaires (p. ex., soins à domicile, postes de soins infirmiers en régions nordiques) et divers établissements (p. ex., soins de longue durée, établissements correctionnels). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2024), la main-d'œuvre des IP continue de croître, avec une augmentation de 9,5 % du nombre d'IP offrant des soins directs entre 2023 et 2024. Au cours de la dernière décennie, le nombre d'IP a plus que doublé, passant de 1,1 IP pour 10 000 habitants en 2014 à 2,2 pour 10 000 en 2023 (ICIS, 2024).

Le rapport précédent de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII), *Développer le potentiel inexploité des infirmières et des infirmiers praticiens au sein du système de santé du Canada*, mettait en lumière les pressions croissantes exercées sur le système de santé canadien, notamment l'accès limité aux soins de santé primaires, le vieillissement de la population et les contraintes de capacité dans les soins aigus et les soins de longue durée, tout en présentant les IP comme une solution éprouvée mais sous-utilisée (Little et Reichert, 2018). Ce rapport se penche lui sur les principaux facteurs qui entravent le maintien en poste et le recrutement des IP à l'échelle nationale, notamment la définition du rôle, la rémunération, les dynamiques interprofessionnelles et les structures de financement, et formule des recommandations fondées sur des données probantes afin d'aider les pouvoirs publics et les systèmes de santé à mieux tirer parti de la valeur que les IP apportent au système. À l'époque, il s'agissait de l'enquête la plus vaste sur le recrutement, le maintien en poste et la satisfaction au travail des IP au Canada. Dans l'ensemble, les IP tiraient satisfaction de leur rôle clinique et de leur participation aux soins des patients. Toutefois, plusieurs facteurs étaient associés à l'insatisfaction au travail et identifiés comme ayant des répercussions importantes sur le recrutement

et le maintien en poste. Parmi ceux-ci figuraient la perception d'une rémunération et d'avantages sociaux inadéquats, des possibilités limitées de contribuer aux politiques et aux pratiques organisationnelles, un accès restreint à la formation continue et une charge administrative excessive. De plus, plus de 26 % des IP déclaraient ne pas exercer pleinement leur champ de pratique en raison d'un manque de définition du rôle et d'obstacles réglementaires et organisationnels (Little et Reichert, 2018).

Objectif de l'étude

L'objectif de cette étude est d'examiner les caractéristiques des IP, les facteurs liés aux milieux de pratique ainsi que les politiques réglementaires et organisationnelles susceptibles d'exercer une influence sur la mise en œuvre du rôle des IP, la satisfaction au travail ainsi que le recrutement et le maintien en poste.

Méthodologie

Une étude explicative séquentielle à méthodes mixtes a été menée en deux phases afin d'examiner la mise en œuvre du rôle des IP, la satisfaction au travail, ainsi que le recrutement et le maintien en poste au Canada. Les personnes admissibles étaient des IP exerçant actuellement au Canada et capables de communiquer en anglais ou en français. L'approbation éthique a été obtenue auprès du comité d'éthique de la recherche de la Toronto Metropolitan University et de l'Université McMaster.

La phase 1 a consisté à diffuser une version mise à jour du questionnaire utilisé dans la précédente étude pancanadienne de la FCSII sur le maintien en poste et le recrutement des IP (Little et Reichert, 2018). Le questionnaire proposait des questions fermées portant sur les caractéristiques des IP, notamment l'âge, l'identité de genre, l'origine ethnique, les domaines de pratique et l'expérience professionnelle. Des données sur les facteurs liés au travail, y compris le recrutement, le maintien en poste, l'équilibre travail-vie personnelle et la formation continue, ont également été recueillies. La satisfaction au travail a été mesurée à l'aide de l'échelle de satisfaction au travail du personnel infirmier praticien de Misener (Misener Nurse Practitioner Job Satisfaction Scale) (Misener et Cox, 2001), un outil validé permettant de comparer l'évolution de la satisfaction au travail dans le temps et entre différentes évaluations.

Le questionnaire a été mis à disposition en ligne. Le recrutement a été réalisé en collaboration avec la FCSII ainsi que les associations d'IP nationales et provinciales, au moyen de stratégies ciblées sur les médias sociaux et par l'intermédiaire des réseaux de l'équipe de recherche. À la fin du questionnaire, les personnes participantes étaient invitées à indiquer si elles acceptaient d'être contactées pour une entrevue de suivi dans le cadre de la phase 2.

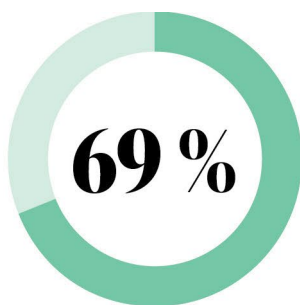
La phase 2 a pris la forme d'une étude descriptive qualitative, menée au moyen d'entrevues visant à explorer en profondeur les facteurs qui interviennent dans la satisfaction au travail des IP, la mise en œuvre de leur rôle, ainsi que le recrutement et le maintien en poste. Les résultats de la phase 1 ont orienté le choix des thèmes abordés en entrevue et guidé la sélection des participantes et participants afin d'assurer une diversité de milieux de pratique, de contextes organisationnels et de régions provinciales et territoriales. Des entrevues semi-dirigées (30 à 45 minutes) ont été réalisées sur Zoom. Elles portaient sur les expériences et les perceptions des participantes et participants à l'égard des facteurs liés au maintien en poste et au recrutement des IP au Canada. Toutes les entrevues ont été enregistrées avec le consentement des personnes participantes et transcrites intégralement par un service professionnel de transcription.

Recommandations

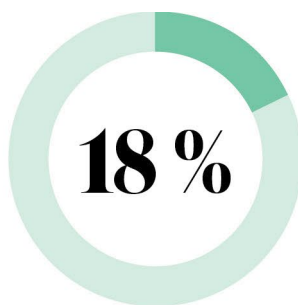
Recommandation 1 : Créer des milieux de travail propices

À l'échelle nationale et internationale, la nécessité de transformer les milieux de travail des IP afin d'améliorer le recrutement et le maintien en poste, ainsi que de favoriser l'exercice optimal de leur rôle, est de plus en plus reconnue (Splane et coll., 2023; Ziegler et coll., 2021). Des milieux de travail défavorables sont associés, chez les IP, à un sentiment de surcharge, à une charge de travail excessive, à l'épuisement professionnel, à une faible satisfaction au travail et à un sentiment de manque de reconnaissance (Abraham et coll., 2021; de Lisser et coll., 2024; Fournier et coll., 2024; Heale, 2025a).

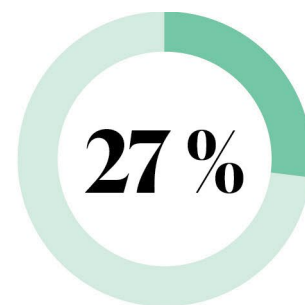
De manière encourageante, bon nombre des obstacles en milieu de travail à l'exercice du rôle des IP et à la satisfaction au travail peuvent être évités et corrigés grâce à des stratégies systématiques mises en œuvre à l'échelle organisationnelle (Bryant-Lukosius et DiCenso, 2004; DiCenso et coll., 2010). Le renforcement des milieux de travail des IP constitue donc une voie essentielle pour améliorer l'exercice de leur rôle, leur satisfaction au travail et leur maintien en poste. Par exemple, dans le cadre de cette étude, les principales sources d'insatisfaction au travail chez les IP concernent les politiques et les pratiques organisationnelles liées au développement professionnel, à la formation



des répondants se disent satisfaits de leur superviseur.



des répondants se disent insatisfaits de leur superviseur.



des répondants se disent insatisfaits de la reconnaissance reçue de leur superviseur ainsi que du niveau de soutien administratif.

Les membres du personnel infirmier praticien ont besoin d'une autonomie raisonnable ou d'un contrôle sur leur pratique clinique et leur charge de travail afin de répondre efficacement aux besoins des patients.

continue et aux possibilités de contribuer à l'amélioration des organisations, notamment par la participation à l'élaboration de politiques, aux comités et aux activités de recherche. Ces enjeux peuvent être abordés et, le cas échéant, améliorer considérablement la satisfaction au travail des IP.

Alors que 69 % des membres du personnel infirmier praticien se disent satisfaits de leur superviseur, 18 % expriment de l'insatisfaction. De plus, 27 % des membres du personnel infirmier praticien se disent insatisfaits de la reconnaissance reçue de leur superviseur ainsi que du niveau de soutien administratif. Les IP ont indiqué que tous les administrateurs et gestionnaires du système de santé ne comprenaient pas bien leur rôle. Des décisions

concernant leur travail étaient également prises afin de répondre aux objectifs organisationnels mais sans inclure leur contribution dans le processus décisionnel. Les politiques et décisions organisationnelles qui restreignent l'étendue de la pratique et l'autonomie professionnelle des IP peuvent contribuer à l'épuisement professionnel (O'Connor et coll., 2023) et entraîner une faible satisfaction au travail ainsi qu'un faible maintien en poste (de Lisser et coll., 2024). En tant que professionnels de la santé de pratique avancée, les membres du personnel infirmier praticien ont besoin d'une autonomie raisonnable ou d'un contrôle sur leur pratique clinique et leur charge de travail afin de répondre efficacement aux besoins des patients et d'offrir des soins accessibles et de haute qualité dans les limites de leur champ de pratique. L'établissement de relations constructives avec les patients et l'impact positif sur leur santé et la qualité des soins constituent la principale source de satisfaction au travail des IP. Lorsque les IP manquent de contrôle sur leur pratique clinique pour répondre à leurs attentes en matière de soins, cela devient une source d'insatisfaction et d'épuisement professionnel (de Lisser et coll., 2024; Fournier et coll., 2019).

Fait notable, l'épuisement professionnel chez les IP est également associé à une diminution de la qualité des soins (Abraham et coll., 2021). Dans cette étude, les IP ont identifié l'épuisement professionnel et un déséquilibre travail-vie personnelle comme des facteurs majeurs qui jouent sur leur santé globale, leur satisfaction au travail, leur maintien en poste et leurs décisions d'emploi futures. Des charges de travail excessives, qui ne tiennent pas compte des particularités de la pratique des IP ni de la complexité des soins aux patients, contribuent à cet épuisement.

Le travail de recherche sur le recrutement et le maintien en poste des IP évolue tout comme la pratique des IP au Canada. Ainsi, des modèles de pratique indépendante des IP émergent (p. ex., cliniques dirigées par des IP, pratiques à l'acte, panels de patients, contrats indépendants, IP comme principale prestataire de soins). Des études récentes aux États-Unis suggèrent que les IP responsables de leur propre patientèle ont des charges de travail accrues et sont, par conséquent, plus susceptibles de subir de l'épuisement professionnel (Kim et coll., 2024). Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer ces modèles émergents et leur impact sur la charge de travail, l'épuisement professionnel, la satisfaction au travail et le maintien en poste des IP.

La *Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers* de Santé Canada (2024) propose des stratégies visant à améliorer les milieux de travail de l'ensemble du personnel infirmier, mais peu sont propres aux IP. La FCSII formule donc les recommandations suivantes, adaptées spécifiquement aux IP, afin de favoriser des milieux de travail propices.

1. Pour les syndicats

- Défendre les intérêts des IP à l'égard des enjeux prioritaires liés à leur pratique et à leur milieu de travail, notamment en matière de satisfaction au travail, de santé et de bien-être, ainsi que de recrutement et de maintien en poste.

2. Pour les employeurs d'IP

- Se doter d'une orientation claire qui reconnaît les IP comme des leaders en soins de santé de pratique avancée et qui maximise l'utilisation de leur expertise en soins, en enseignement, en recherche et en production de connaissances afin de répondre aux priorités d'amélioration.
- Offrir une formation et une sensibilisation standardisées sur le rôle des IP et sur les conditions optimales de mise en œuvre de ce rôle — notamment en matière de leadership, d'autonomie et de champ de pratique — aux personnes responsables de la gestion et de la supervision des IP.

- Élaborer, examiner et renforcer les politiques organisationnelles relatives à l'embauche et au maintien en poste des IP, de manière à soutenir leur autonomie professionnelle et l'étendue de leur pratique, ainsi qu'à assurer des charges de travail gérables, l'accès à la formation continue et les possibilités de perfectionnement professionnel.
- Offrir des conditions de travail flexibles afin de favoriser un bon équilibre travail-vie personnelle et de répondre aux besoins personnels et professionnels liés à la pratique des IP.
- Favoriser la participation des IP à la formation continue et à d'autres espaces d'échange (p. ex., communautés de pratique) contribuant à renforcer leur résilience et leur perfectionnement professionnel.

3. Pour les leaders des IP à l'échelle provinciale et nationale

- Collaborer avec les leaders du système de santé, les employeurs et les personnes responsables de la supervision des IP afin d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer une boîte à outils pour le maintien en poste des IP.
- Mettre en place des initiatives de formation pour aider les IP à développer des compétences leur permettant de négocier des charges de travail appropriées et de mieux gérer le stress associé aux exigences de leur pratique.

4. Pour le personnel scientifique infirmier et la recherche en sciences infirmières (IP)

- Mener des recherches visant à approfondir la compréhension des liens entre la satisfaction au travail des IP, l'épuisement professionnel, la charge de travail, le recrutement et le maintien en poste.
- Évaluer l'incidence des modèles de financement (p. ex., rémunération à l'acte, pratique indépendante) et des modèles émergents de pratique des IP (p. ex., patientèle et taille de la patientèle) sur l'autonomie professionnelle, la charge de travail, l'épuisement professionnel, le maintien en poste et la satisfaction au travail.



Recommandation 2 :

Modèles de rémunération et de financement

À l'échelle nationale, les IP exercent dans des milieux de pratique de plus en plus diversifiés, mais les modèles de rémunération et de financement n'ont pas suivi le rythme de l'évolution rapide de leur rôle et de l'organisation des services. Les structures de financement continuent de varier considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre, ainsi qu'entre les secteurs public et privé, ce qui a des répercussions sur la mise en œuvre du rôle des IP, leur autonomie, leur satisfaction au travail et leur charge de travail (Duff et coll., 2022; Marceau et coll., 2021). Malgré des recommandations antérieures en faveur de mécanismes de financement modernisés pour les IP, les progrès réalisés pour mettre en place des modèles de rémunération équitables, transparents et propres aux IP demeurent limités (Little et Reichert, 2018; Marceau et coll., 2021).

Les IP de cette étude ont déclaré travailler dans des milieux variés, notamment en soins de santé primaires financés par les fonds publics, dans des centres de santé communautaires, en soins de courte durée, en soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que dans un secteur privé en expansion comprenant la pratique privée, les plateformes de télésanté et les pratiques contractuelles. Soixante-treize pour cent des personnes participantes ont déclaré offrir une forme de soins en télésanté dans le cadre de leur pratique. Ces possibilités, en forte croissance dans le secteur privé, évoluent plus rapidement que les cadres politiques, ce qui soulève des préoccupations quant à l'équité, à la viabilité et au risque d'accentuer les écarts au sein du système financé par les fonds publics.

Les personnes participantes ont précisément soulevé une préoccupation qui concerne le décalage entre les contributions des IP et leur rémunération dans des modèles de financement centrés sur les médecins. Dans les provinces et territoires où des modèles de financement mixtes ou par capitation sont utilisés, les médecins peuvent facturer des actes ou recevoir des paiements liés à l'inscription de patients dont les soins sont principalement assurés par des IP. Bien que ces patients demeurent officiellement inscrits auprès d'un médecin, les IP assument souvent la responsabilité de la majorité des soins directs, de la gestion des cas et du suivi clinique. Cette situation peut

masquer la charge de travail des IP, limiter la reconnaissance de leur contribution et créer des obstacles à une répartition équitable du financement et de la charge de travail. Ces constats reflètent des préoccupations de longue date selon lesquelles des structures de financement restrictives ou désuètes réduisent l'autonomie des IP et limitent l'utilisation optimale de leur rôle (Marceau et coll., 2021).

Les résultats qualitatifs de cette étude montrent également que les IP responsables de leur propre patientèle, un modèle qui émerge actuellement dans des provinces comme la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et l'Alberta, bénéficient d'une plus grande autonomie, mais font aussi face à des pressions accrues liées à la charge de travail. Les IP ont décrit le stress associé à la responsabilité exclusive d'une patientèle, à la prise en charge de patients complexes sans soutien administratif ou interprofessionnel adéquat, ainsi qu'aux difficultés à concilier accessibilité des soins et bien-être personnel. Des tendances similaires ont été observées aux États-Unis, où les IP en soins primaires responsables de leur propre patientèle déclarent des charges de travail plus élevées, des heures de travail plus longues et des taux d'épuisement professionnel plus élevés que celles et ceux ne gérant pas leur propre patientèle (Kim et coll., 2024). Ces résultats soulignent la nécessité d'évaluer attentivement les modèles canadiens émergents afin d'éviter qu'ils ne contribuent involontairement à l'épuisement professionnel des IP, aux tensions liées à leur rôle ou à un faible maintien en poste.

Le contexte des politiques entourant la rémunération des IP continuera vraisemblablement d'évoluer. De nouvelles lettres d'interprétation relatives à la *Loi canadienne sur la santé* devraient préciser les limites des services à paiement privé dans le domaine

des soins de santé primaires (Santé Canada, 2025). À mesure que la pratique privée des IP — y compris les cliniques indépendantes et les services de télésanté financés par des fonds privés — continue de croître, des questions se posent quant aux répercussions à long terme sur l'accessibilité et l'équité. Si la pratique privée des IP se développe en réponse à un manque de souplesse, de financement et d'infrastructures dans le secteur public, le système public pourrait subir des pressions accrues et faire face à des difficultés supplémentaires pour recruter et maintenir en poste des IP.

Si la pratique privée des IP se développe en réponse à un manque de souplesse, de financement et d'infrastructures dans le secteur public, le système public pourrait subir des pressions accrues et faire face à des difficultés supplémentaires pour recruter et maintenir en poste des IP.

Dans l'ensemble, bien que les nouveaux modèles de financement offrent des possibilités d'améliorer l'accès aux soins, notamment dans les régions mal desservies, ils comportent aussi des risques liés à la charge de travail, à l'épuisement professionnel, à la fragmentation des services et à une rémunération inéquitable. Compte tenu de la diversité et de l'évolution rapide des modèles de pratique des IP au Canada, il est urgent de procéder à une évaluation systématique de l'influence des structures de financement sur la mise en œuvre du rôle des IP, leur autonomie, leur satisfaction au travail et la viabilité de la main-d'œuvre.

1. Pour les syndicats

- Continuer de défendre une rémunération qui reconnaît les contributions cliniques des IP, leur formation, leur expertise et leurs responsabilités professionnelles.
- Veiller à ce que les droits des IP prévus dans les conventions collectives soient respectés lors des modifications aux modèles de financement, notamment dans le contexte des lettres d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* (« Lettre aux provinces et territoires sur l'importance de respecter la Loi canadienne sur la santé — 2025 »).
- Continuer de consulter les membres du personnel infirmier praticien afin de veiller à ce que les priorités en matière de défense des intérêts et de négociation reflètent l'évolution rapide de leur milieu de pratique.
- Dans les contextes où ces modèles existent, défendre une rémunération qui tient compte de la taille de la patientèle et de la complexité de la pratique autonome.

2. Pour les employeurs d'IP

- Examiner et mettre à jour les politiques organisationnelles de financement et de dotation afin d'assurer une rémunération équitable et une reconnaissance adéquate des contributions des IP dans les modèles de soins en équipe et fondés sur l'inscription des patients.
- Mettre en place des processus transparents pour suivre la charge de travail des IP, la complexité des patients et leur contribution à la prestation des soins, et utiliser ces données pour orienter les décisions sur le financement et la répartition de la charge de travail.

- Fournir un soutien administratif et clinique aux IP afin de réduire la charge de travail et d'atténuer l'épuisement professionnel.
- Inclure les IP comme parties prenantes clés dans les fonctions de leadership au sein de l'organisation.
- Explorer des modèles de financement souples et novateurs qui soutiennent les services dirigés par des IP.

3. Pour les leaders des IP à l'échelle provinciale et nationale

- Collaborer avec les pouvoirs publics, les syndicats d'infirmières et d'infirmiers et les employeurs afin d'élaborer un cadre de financement et de rémunération pour les IP qui soit harmonisé à l'échelle des provinces et des territoires et aligné sur leur champ de pratique, leur autonomie et leurs responsabilités.
- Défendre la révision des modèles de capitation et des modèles mixtes centrés sur les médecins afin que le financement reflète la personne qui fournit la majorité des soins et reconnaisse les contributions cliniques, la charge de travail et les responsabilités des IP.
- Élaborer des prises de position et des synthèses de données probantes afin d'orienter les décideurs quant aux modèles de financement émergents et à leurs répercussions sur le maintien en poste et la viabilité du système.

4. Pour le personnel scientifique infirmier et la recherche en sciences infirmières (IP)

- Mener des recherches visant à évaluer l'incidence des modèles émergents de financement et de rémunération sur la charge de travail des IP, l'épuisement professionnel, la satisfaction au travail et le maintien en poste.
- Examiner les différences dans l'expérience des IP entre les modèles de pratique publics et privés, notamment en ce qui concerne la rémunération, l'autonomie professionnelle, la stabilité d'emploi et l'équité en matière d'accès aux soins.
- Étudier les résultats pour les patients, la qualité des soins et l'accès aux services dans les modèles dirigés par des IP, en équipe et financés par des fonds privés, afin de dégager les pratiques exemplaires et d'orienter les politiques de santé futures.

- Évaluer l'incidence des changements du gouvernement fédéral sur la *Loi canadienne sur la santé* sur les milieux de pratique des IP, les structures de financement et l'équilibre entre les soins de santé primaires publics et privés.

5. Pour les gouvernements provinciaux et territoriaux

- Élaborer des modèles de financement propres aux IP qui tiennent compte de l'ensemble de leur champ de pratique, soutiennent la prise en charge d'une patientèle lorsque cela est approprié et réduisent la dépendance à des modèles centrés sur les médecins qui occultent les contributions des IP.
- Réviser les politiques d'inscription des patients et de capitation afin que le financement suive la personne qui fournit la majorité des soins.
- Investir dans des ressources de soutien administratives, interprofessionnelles et numériques pour les IP, en particulier pour celles et ceux responsables d'une patientèle ou exerçant en régions rurales et éloignées.
- Financer des programmes de développement professionnel continu pour les IP (p. ex., mentorat, résidences) dans des domaines de pratique spécialisés.



Recommandation 3 :

Planification des ressources humaines en santé

À l'échelle nationale et internationale, la nécessité d'une planification des ressources humaines en santé (RHS) fondée sur des données probantes pour les IP est de plus en plus reconnue afin d'assurer un accès stable à des soins de haute qualité. Malgré la croissance rapide de l'effectif des IP et l'élargissement continu de leur champ de pratique, le Canada ne dispose pas de stratégies coordonnées pour répondre aux besoins actuels et futurs en matière de main-d'œuvre IP. En l'absence d'une planification intentionnelle, les écarts émergents en matière d'offre d'IP, de combinaison de compétences, de répartition de l'expérience et de soutien à la pratique continueront de poser des défis pour le recrutement, le maintien en poste et la viabilité à long terme de la main-d'œuvre IP (Barnes, 2015; Faraz, 2019; Heale, 2025b).

Les résultats quantitatifs de cette étude mettent en évidence des enjeux critiques en matière de RHS. Près de 14 % des IP ont indiqué prévoir prendre leur retraite au cours de la prochaine année, ce qui laisse présager une perte imminente de professionnelles et professionnels expérimentés possédant une expertise clinique, des capacités de mentorat et des compétences en leadership essentielles au fonctionnement des organisations. Entre 2020 et 2024, le nombre d'IP au Canada a presque doublé, ce qui a donné lieu à une main-d'œuvre composée en grande partie d'IP ayant moins de cinq ans d'expérience (ICIS, 2024). Ces changements entraînent un écart croissant en matière d'expérience, avec des répercussions sur la répartition de la charge de travail, le soutien à la prise de décision clinique, la qualité des soins et le maintien en poste.

Les niveaux de satisfaction au travail différaient également entre les IP en début de carrière et les IP avec plus d'expérience. Les IP en début de carrière ont signalé davantage de difficultés liées à la clarté du rôle, au soutien à la prise de décisions autonomes et à l'accès au mentorat — des facteurs reconnus pour intervenir dans la satisfaction au travail, la confiance et le maintien en poste lors de la transition vers la pratique (Barnes, 2015; Faraz, 2019). Les IP avec plus d'expérience ont indiqué une plus grande satisfaction à l'égard de leur autonomie et de leur champ de pratique, mais ont

exprimé davantage de préoccupations liées à la charge de travail et à l'épuisement professionnel, associant l'accumulation des exigences professionnelles à l'épuisement émotionnel et aux décisions de quitter la profession (Lockwood et Schober, 2024).

La présence ou l'absence de mesures de soutien à la transition intervient directement dans la satisfaction au travail, le maintien en poste et la probabilité que les IP demeurent en poste au-delà des premières années.

Les données qualitatives de cette étude mettent également en lumière les défis liés à la transition vers la pratique pour les IP en début de carrière. Bien des IP ont décrit les premières années de pratique comme étant particulièrement exigeantes, en raison d'un encadrement organisationnel limité, d'un accès insuffisant au mentorat et d'une incertitude quant à l'exercice de leurs nouvelles responsabilités. Ces constats concordent avec les données probantes, qui font état d'un choc de transition, d'une forte charge cognitive et de la nécessité d'un soutien structuré pour assurer une pratique sécuritaire, confiante et durable en début de carrière (Barnes, 2015;

El Hussein et Ha, 2022; Faraz, 2019). La présence ou l'absence de mesures de soutien à la transition intervient directement dans la satisfaction au travail, le maintien en poste et la probabilité que les IP demeurent en poste au-delà des premières années.

Une préoccupation majeure mise en évidence est l'absence, au Canada, de méthodes fiables pour prévoir les besoins en effectifs d'IP (Bryant-Lukosius et coll., 2026). Bien que le nombre d'IP ait augmenté rapidement et que leur rôle continue de s'étendre dans divers milieux, il n'existe actuellement aucune stratégie nationale ni cadre de modélisation permettant d'estimer le nombre d'IP nécessaire pour répondre aux besoins futurs de la population, aux changements démographiques, aux réformes de l'organisation des services ou à l'évolution de leur champ de pratique. Cette lacune pose des risques pour la planification du système et pourrait entraîner, à l'avenir, des pénuries, une mauvaise répartition des IP entre les milieux de pratique ou une inadéquation entre les compétences des IP et les besoins de la population.

Le renforcement de la planification des RHS pour les IP est essentiel pour assurer la viabilité de la main-d'œuvre, soutenir des soins sûrs et efficaces et maximiser les retombées des investissements dans le système de santé. Une action concertée des syndicats, des milieux de formation, des employeurs, des associations professionnelles et des décisionnaires est nécessaire à cet égard.

1. Pour les syndicats

- Défendre des stratégies de planification des ressources humaines en santé qui répondent aux besoins immédiats et à long terme de la main-d'œuvre en IP, notamment en soutenant une transition sécuritaire vers la pratique.
- Veiller à ce que les conventions collectives tiennent compte des trajectoires de carrière propres aux IP en début de carrière, en milieu de carrière ou avec de l'expérience, ainsi que de leurs besoins de soutien.
- Favoriser des structures de mentorat et des mesures de protection de la charge de travail pour les IP en début de carrière afin de soutenir leur maintien en poste.

2. Pour les employeurs d'IP

- Élaborer et mettre en œuvre des programmes structurés de transition vers la pratique pour les IP en début de carrière, avec du mentorat, une orientation et des attentes claires quant au rôle.
- Veiller à ce que les initiatives de transition vers la pratique et de mentorat soient dirigées par des IP avec de l'expérience et possédant une expertise clinique avancée, ainsi que des compétences en leadership. Dans la mesure du possible, les organisations devraient reconnaître officiellement ces responsabilités et offrir une rémunération appropriée, compte tenu de la charge de travail supplémentaire, du temps requis et des responsabilités professionnelles associées à l'accompagnement des IP en début de carrière ou en transition.
- Mettre en place des stratégies de planification de la relève afin de préserver l'expertise, le leadership clinique et la continuité des soins à mesure que les IP avec de l'expérience prennent leur retraite.
- Mettre en œuvre des pratiques de gestion de la charge de travail qui tiennent compte des différences d'expérience, du développement des compétences et de la complexité des patientèles.

3. Pour les leaders des IP à l'échelle provinciale et nationale

- Collaborer avec les pouvoirs publics et les organismes de réglementation afin d'établir des modèles nationaux de prévision des ressources humaines en santé pour les IP, couvrant l'offre, la demande et la répartition de la main-d'œuvre.
- Défendre la mise en place de mesures de soutien à la transition vers la pratique, harmonisées à l'échelle des provinces et des territoires.

4. Pour le personnel scientifique infirmier et la recherche en sciences infirmières (IP)

- Mener des études longitudinales sur l'évolution de la main-d'œuvre des IP, les tendances en matière de retraite et les trajectoires de transition vers la pratique.
- Évaluer l'incidence des modèles de mentorat, de résidence ou de stages post-professionnels sur les compétences des IP en début de carrière, leur satisfaction au travail et leur maintien en poste.
- Élaborer et valider des modèles de prévision permettant d'estimer le nombre d'IP nécessaire pour répondre aux besoins futurs de la population et du système de santé.



Conclusion

Les infirmières et infirmiers praticiens constituent une composante essentielle du système de santé canadien en offrant des soins de grande qualité, accessibles et centrés sur les patients dans un large éventail de milieux. Toutefois, la croissance rapide de la main-d'œuvre des IP, l'évolution des modèles de pratique et la diversité des structures de financement ont mis en évidence des défis de taille liés à la mise en œuvre du rôle, à la satisfaction au travail, à la charge de travail et à la viabilité de la main-d'œuvre. Les données issues de cette étude, combinées aux écrits nationaux et internationaux, montrent clairement que l'amélioration des milieux de travail des IP, la modernisation des modèles de rémunération et de financement, ainsi que la mise en place d'une planification globale des ressources humaines en santé, sont essentielles pour optimiser les contributions des IP, améliorer leur maintien en poste et assurer un accès équitable aux soins.

La création de milieux de travail propices, qui soutiennent l'autonomie, le perfectionnement professionnel et l'équilibre travail-vie personnelle, est essentielle pour réduire l'épuisement professionnel et améliorer la satisfaction au travail. L'harmonisation des modèles de rémunération et de financement avec les contributions des IP, y compris la

pratique autonome et la prise en charge d'une patientèle, est nécessaire pour favoriser l'équité, reconnaître l'expertise clinique et atténuer les tensions liées au rôle. Enfin, une planification stratégique des ressources humaines en santé — avec un soutien à la transition vers la pratique, la planification de la relève et des modèles de prévision — est essentielle pour combler les écarts en matière de main-d'œuvre, maintenir en poste les IP avec de l'expérience et répondre aux besoins futurs de la population.

Prise dans leur globalité, ces recommandations constituent une feuille de route pour les décideurs, les employeurs, les syndicats, les associations professionnelles et le milieu de la recherche afin de renforcer collectivement la main-d'œuvre des IP. En investissant dans les IP, le Canada peut assurer une main-d'œuvre durable, résiliente et hautement qualifiée, capable de répondre aux besoins actuels et futurs en matière de soins de santé, tout en maintenant des normes élevées de qualité des soins et de pratique professionnelle.



Équipe de recherche

Erin Ziegler, IP (soins de santé primaires), Ph. D., FNPAC, professeure agrégée à la Daphne Cockwell School of Nursing de la Toronto Metropolitan University et membre du corps professoral du Centre canadien de recherche sur la pratique infirmière avancée

Denise Bryant-Lukosius, inf. aut., CSIO(C), Ph. D., FAAN, FACSI, FHKANM, professeure à la School of Nursing de l'Université McMaster

Rini Dass, IP (soins aux adultes), doctorante à l'Université McMaster

Alyssa Indar, inf. aut., Ph. D., directrice de la Scholarship and Innovation à l'hôpital University Health Network et chercheuse en éducation à l'Institute for Education Research

Breanna Lloy, IP, doctorat en sciences infirmières, FNPAC, directrice par intérim des IP en soins de santé primaires à Nova Scotia Health

Ruth Martin-Misener, IP, Ph. D., professeure, directrice de la School of Nursing et vice-doyenne adjointe à la recherche à la Faculty of Health de l'Université Dalhousie

Isabelle Savard, IPSPL, Ph. D., professeure agrégée au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec en Outaouais

Anastasia Warmington, inf. aut., M. Sc., étudiante IP-SSP à l'Université McMaster



Références

Abraham, C.M., Zheng, K., Norful, A. A., Ghaffari, A., Liu, J., & Poghosyan, L. (2021). Primary care nurse practitioner burnout and perceptions of quality of care. *Nursing Forum*, 56(3), 550–559. <https://doi.org/10.1111/nuf.12579>

Barnes, H. (2015). Nurse practitioner role transition: A concept analysis. *Nursing Forum*, 50(3), 137–146. <https://doi.org/10.1111/nuf.12078>

Bourgeault, I. (2021). A path to improved health workforce planning, policy and management in Canada: The critical co-ordinating and convening roles for the federal government to play in addressing 8% of its GDP. *School of Public Policy Publications*, 14(1). <https://doi.org/10.11575/sppp.v14i1.74064>

Bourgeault, I., Simkin, S., & Chamberland-Rowe, C. (2021). Poor health workforce planning is costly, risky and inequitable. *CMAJ*, 191(42) E1147-E1148. <https://doi.org/10.1503/cmaj.191241>

Bryant-Lukosius, D. & DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.

Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Roussel, J., Carter, N., Kilpatrick, K., Tranmer, J., & Ziegler, E. (2026). Policy and the integration of advanced practice nursing roles in Canada: Are we making progress? Chapter in K. A. Goudreau and M. Smolenski (eds.). *Health Policy and Advanced Practice Nursing, Impact and Implications*, 4th Ed (pp. 280-290), New York: Springer.

Institut canadien d'information sur la santé. (2022). *État de la main-d'œuvre de la santé au Canada, 2022*. <https://www.cihi.ca/fr/etat-de-la-main-doeuvre-de-la-sante-au-canada-2022>

Institut canadien d'information sur la santé. (2024). *Infirmières praticiennes*. <https://www.cihi.ca/fr/infirmieres-praticiennes>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (s.d.). Infirmières et infirmiers praticiens. <https://www.cna-aic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee/infirmieres-et-infirmiers-praticiens>

de Lisser, R., Lauderdale, J., Dietrich, M.S., Ramanujam, R., & Stolldorf, D.P. (2024). The social ecology of burnout: A framework for research on nurse practitioner burnout. *Nursing Outlook*, 72(4), 102188. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102188>

DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Donald, F., Carter, N., Bourgeault, I., Abelson, J., Kilpatrick, K., Kaasalainen, S., Harbman, P., & Kioke, S. (2010). Factors enabling advanced practice nursing role integration. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 23 (special edition), 211-238.

Duff, E., Golonka, R., O'Rourke, T., & Alraja, A. A. (2022). The nurse practitioner workforce in western Canada: A cross-sectional practice analysis comparison. *Sage Journals: Policy, Politics, & Nursing Practice*, 23(1), 32-40. <https://doi.org/10.1177/15271544211065432>

El Hussein, M.T., & Ha, C. (2022). Systemic barriers and facilitators to the transition of registered nurse to nurse practitioner in Canada: A scoping review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 34(6), 792-801. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000724>

Faraz, A. (2019). Facilitators and barriers to the novice nurse practitioner workforce transition in primary care. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(6), 364-370. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000158>

Fournier, J., Lightfoot, N., Larocque, S., Johnson, J., & Eger, T. (2019). Theory of nurse practitioner job satisfaction. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(4), 290-294. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2018.10.011>

Fournier, J.L., Rogers, M., DeCoste, K., Lamarche, K., Miller, M., Moore, K.S., Spies, L.A. & Staempfli, S. (2024). Advanced practice nurses' experiences in sustaining practice during a prolonged global crisis. *Canadian Nurse Practitioner Journal*, 1(1). <https://doi.org/10.28984/cnpj.v4i1.460>

Heale, R. (2025a). An exploration of the unique factors contributing to NP burnout. *Canadian Nurse Practitioner Journal*, 5(1). <https://npopenjournal.com/index.php/cnpj/article/view/478/471>

Heale, R. (2025b). Exploring prevalence and implications of burnout among nurse practitioners in Canada. *European Scientific Journal*, 37, 391. <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/19037>

Santé Canada. (2024). *Boîte à outils pour la rétention des effectifs infirmiers : Améliorer la vie professionnelle du personnel infirmier au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/ressources-humaines-sante/boite-outils-retention-effectifs-infirmiers-ameliorer-vie-professionnelle-personnel.html>

Santé Canada. (2025). Lettre aux provinces et territoires sur l'importance de respecter la *Loi canadienne sur la santé*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien-assurance-sante/loi-canadienne-sante/lettre-provinces-territoires-janvier-2025.html>

Kim, D.K., Scott, P., Poghosyan, L., & Martsof, G.R. (2024). Burnout, job satisfaction, and turnover intention among primary care nurse practitioners with their own patient panels. *Nursing Outlook*, 72(4), 102190. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2024.102190>

Little, L., et Reichert, C. (2018). *Développer le potentiel inexploité des infirmières et des infirmiers praticiens au sein du système de santé du Canada : Conclusions de l'étude pancanadienne de la FCSII sur la rétention et le recrutement des infirmières et des infirmiers praticiens*. Ottawa : FCSII. <https://fcsii.ca/research/potentiel-inexploite>

Lockwood, E. B., & Schober, M. (2024). Factors Influencing the impact of nurse practitioners' clinical autonomy: A self-determining perspective. *International Nursing Review*, 71(2), 375–395. <https://doi.org/10.1111/inr.12948>

Marceau, R., O'Rourke, T., Montesanti, S., & Hunter, K. (2021). A critical analysis of funding models: Sustainability of the nurse practitioner role in Canada. *Journal for Nurse Practitioners*, 17(9), 1112–1117. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2021.05.024>

Misener, T. R., & Cox, D. L. (2001). Development of the Misener Nurse Practitioner Job Satisfaction Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 9(1), 91–108.

O'Connor, A. W., Helfrich, C. D., Nelson, K. M., Sears, J. M., Jensen, P. K., Engstrom, C., & Wong, E. S. (2023). Full practice authority and burnout among primary care nurse practitioners. *Nursing Outlook*, 71(6), 102056. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.102056>

Poghosyan, L., & Carthon, J. M. B. (2017). The untapped potential of the nurse practitioner workforce in reducing health disparities. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 18(2), 84–94. <https://doi.org/10.1177/1527154417721189>

Splane, J., Horvath, S., Ziegler, E., Savard, I., Carter, N., Kilpatrick, K., Bryant-Lukosius, D., & Martin-Misener, R. (2023). Retention of Canadian advanced practice nurses: What will it take? *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 36(1), 16–32. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2023.27126>

Statistique Canada. (2025). *Dynamique régionale des postes vacants dans les professions liées à la santé au Canada, 2024*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/catalogue/71-222-X2025003>

Ziegler, E., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Bourgeault, I., Roussel, J., Wong, F., Miller, M., & Baumann, A. (2021). *The response and impact of advanced practice nurses to address health/health system needs resulting from the COVID-19 pandemic*. <https://ccapnr.com/wp-content/uploads/2024/04/Stakeholder-Report-October-2021-FINAL.pdf>





LA FÉDÉRATION
CANADIENNE
DES SYNDICATS
D'INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS

Points de pression : renforcer et maintenir en poste le personnel infirmier praticien au Canada

Avril 2026

www.fcsii.ca

