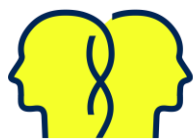




Modélisation et planification de la main-d'œuvre en santé

Sommaire de la réunion du 29 octobre

Préparé par Effectif de la santé Canada | Décembre 2024



Health
Workforce
Canada

Effectif
de la santé
Canada

Table des matières

À propos du présent rapport.....	3
Comprendre le contexte et l'utilisation des données probantes dans la prise de décision en matière de main-d'œuvre en santé	4
Imaginer le futur programme de travail de modélisation d'Effectif de la santé Canada.....	8
Quelle est l'utilité de la création de modèles pancanadiens et quelle direction le pays pourrait-il prendre?13	
Annexe A : Liste des participants à la réunion	15

À propos du présent rapport

Le présent rapport résume les résultats des discussions sur la modélisation et la planification de la main-d'œuvre en santé qui ont eu lieu lors d'une réunion parrainée par Effectif de la santé Canada à Montréal, le 29 octobre 2024. La réunion précédait le colloque inaugural d'Effectif de la santé Canada axé sur les mesures concrètes « Faire progresser les solutions en matière de main-d'œuvre en santé » et rassemblait plus de 50 spécialistes de la main-d'œuvre en santé du Canada, issus des gouvernements fédéral et provinciaux, d'associations professionnelles, d'universités et d'organisations indépendantes (p. ex. Institut canadien d'information sur la santé, Statistique Canada et Réseau de recherche sur les données de santé).

Remerciements

Effectif de la santé Canada tient à souligner et à remercier les nombreux dirigeants et experts en effectifs de la santé qui ont participé à sa réunion pré-symposium en octobre dernier, et qui ont grandement contribué aux discussions. Une liste de participants à la rencontre se trouve en annexe.

Nous remercions tout particulièrement la Dre Chantal Couris (Institut canadien d'information sur la santé), le Dr. Vishva Danthurebandara (Santé Canada) et le Dr. Cory Neudorf (Université de la Saskatchewan) d'avoir présenté les leçons retenues de leur expérience d'élaboration d'outils de planification des effectifs de la santé à l'échelle pancanadienne.

Comprendre le contexte et l'utilisation des données probantes dans la prise de décision en matière de main-d'œuvre en santé

Contexte : Nous pouvons tous bénéficier d'une meilleure compréhension des différentes façons dont les personnes chargées de la planification de la main-d'œuvre en santé prennent des décisions fondées sur le travail des équipes de modélisation. Pour Effectif de la santé Canada, le fait de les connaître permettra de documenter la façon dont les données et les éléments probants doivent être présentés afin d'en maximiser l'utilité et l'incidence. En outre, il est également utile pour nous tous de déterminer les scénarios de population et de soins de santé qui doivent être documentés dans le cadre de nos efforts de modélisation pour permettre une meilleure prise de décision fondée sur des données probantes à l'avenir.

Questions : Comment les données créées par les équipes de modélisation et de prévision (c'est-à-dire les modèles, les prévisions, les recommandations) sont-elles actuellement intégrées dans le processus décisionnel partout au pays?

- Qu'est-ce qui fonctionne?
- Qu'est-ce qui pourrait être amélioré?
- Où peut-on exercer la plus grande influence pour ce qui est de soutenir la planification et la prise de décision en matière de main-d'œuvre en santé?

Cas d'utilisation probants en matière de modélisation et de prévision

Province	Parties prenantes	Leçons retenues
Nouvelle-Écosse	Gouvernement de la Nouvelle-Écosse	Places dans les programmes de sciences infirmières : En réponse aux prévisions d'une pénurie de personnel infirmier dans un nouvel établissement au Cap-Breton, la Nouvelle-Écosse a exploité les données prévisionnelles pour présenter à son Conseil du Trésor une proposition visant à augmenter le nombre de places dans les écoles de formation en sciences infirmières. Cette proposition a été retenue, en grande partie, parce que la Nouvelle-Écosse avait modélisé de multiples scénarios démontrant que d'autres alternatives ne répondraient pas suffisamment au besoin. De plus, deux ministères gouvernementaux (le ministère de la Santé et du Bien-être, et celui de l'Enseignement supérieur), Santé Nouvelle-Écosse, et l'Université du Cap-Breton ont apporté leur appui. Ce soutien commun a été essentiel pour obtenir l'approbation pour augmenter le nombre de places.

Province	Parties prenantes	Leçons retenues
Île-du-Prince-Édouard	Société Santé en français (SSF) et gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard	Renforcement des services bilingues : L'intégration des préférences linguistiques sur les cartes de santé de l'Île-du-Prince-Édouard s'est avérée déterminante pour la planification de services bilingues. Cet ajustement à faible coût est à l'origine d'efforts similaires au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et aux Territoires du Nord-Ouest, et suscite un intérêt soutenu de la part de la Colombie-Britannique. En recueillant directement auprès des francophones les besoins quant à la langue de service, cette initiative a permis de répondre aux besoins précis de services bilingues de la part de la main-d'œuvre.
Ontario	Santé Ontario	Éviter la pénurie de médecins ophtalmologistes : L'Ontario a prévu une pénurie d'ophtalmologistes et a également découvert des limitations dans les ressources de soutien, comme le personnel dans les salles d'opération et en soins postopératoires. En réalisant une analyse coût/bénéfice, elle a présenté un argumentaire convaincant en faveur du financement, en abordant non seulement la question des effectifs, mais aussi les besoins en matière d'affectation des ressources.
Manitoba	Soins communs Manitoba	Révision du nombre de places dans les formations en soins infirmiers : Pour résoudre le problème des quelque 3 000 postes vacants, l'équipe du Manitoba a recommandé d'augmenter de 400 le nombre de places dans les établissements d'enseignement pour les praticiens et praticiennes autorisés tels que les infirmiers et infirmières auxiliaires autorisés, les infirmiers et infirmières autorisés et les infirmiers et infirmières psychiatriques autorisés. Cette approche fondée sur les données a permis d'obtenir l'approbation de programmes qui forment actuellement de nouvelles cohortes.
Saskatchewan	Région sanitaire de Saskatoon	Modéliser le flux de patients pour mieux planifier : Le médecin chef a dirigé une initiative de modélisation pour analyser le flux de patients dans les hôpitaux de Saskatoon, en mettant en évidence les zones clés où se produisaient des engorgements. Le modèle a montré, par exemple, que les problèmes de surcapacité étaient dus à des patients en attente de transfert vers d'autres structures de soins, ce qui a conduit à des investissements dans des unités de gestion des admissions et dans le soutien des services de soins primaires afin d'alléger la pression hospitalière.

Province	Parties prenantes	Leçons retenues
Colombie-Britannique	Gouvernement de la Colombie-Britannique, Direction de la planification de la main-d'œuvre	Affectation des ressources médicales en fonction des données probantes : Dans le cadre d'une présentation au Conseil du Trésor, l'équipe de la Colombie-Britannique a fourni des données prévisionnelles sur les médecins, contribuant ainsi à la planification de la main-d'œuvre axée sur les besoins en matière de spécialités. Le service de planification des effectifs médicaux collabore régulièrement avec les autorités sanitaires, utilisant les projections de la demande pour justifier l'affectation des ressources qui, à son tour, influence les pratiques d'embauche.
Associations professionnelles	Association canadienne de physiothérapie, Santé Nouvelle-Écosse et Santé IWK	Priorité aux soins dispensés par des équipes : En Nouvelle-Écosse, l'équipe a pu collaborer avec des médecins pour permettre aux physiothérapeutes de commander des images diagnostiques et d'orienter les patients vers d'autres spécialistes. Ce processus a permis de minimiser les points de contact en donnant la priorité aux soins dispensés par des équipes et permet aux praticiens et praticiennes de travailler dans leur champ d'exercice.

Défis et possibilités en matière de données sur la main-d'œuvre en santé, de modélisation et de prévision

1. Renforcement de la capacité technique et de l'accessibilité en matière de données et de modélisation

- **Défis** :

- Le cloisonnement des données sur la main-d'œuvre en santé et le manque de cohérence dans la transmission de l'information entravent la planification globale du personnel.
- Les définitions et les normes relatives aux rôles de la main-d'œuvre varient d'une région à l'autre et d'un contexte à l'autre, ce qui complique la comparabilité des données (p. ex. soins de longue durée et préposés et préposées aux bénéficiaires).
- Les possibilités limitées pour les parties prenantes concernées de fournir de la rétroaction au cours de l'élaboration de scénarios fondés sur des modèles constituent une occasion manquée.
- Transparence limitée : Les modèles de main-d'œuvre en santé sont souvent des boîtes noires et l'accès au code, aux hypothèses méthodologiques clés et aux définitions est limité.

- **Possibilités** :

- Promouvoir la « libération des données » grâce à des systèmes interopérables, où les données pourraient circuler au-delà des frontières provinciales afin de permettre un suivi complet de la main-d'œuvre et des flux de patients.

- Accroître la transparence grâce à des outils à code source libre et à une communication claire sur les hypothèses et les résultats de la modélisation.
- Contourner les problèmes de protection de la vie privée et les limites de la transmission des données en publiant des statistiques agrégées et des indicateurs pertinents, accompagnés de notes méthodologiques détaillées.

2. Améliorer la connaissance et l'utilisation de la modélisation pour la prise de décision

• Défis :

- Les résultats de la modélisation peuvent être complexes et difficiles à interpréter et à mettre en œuvre pour les parties prenantes non techniques.
- Les décideurs recherchent souvent des réponses définitives, mais les données dérivées des modèles doivent presque toujours être nuancées par des hypothèses. Il est nécessaire de disposer de modèles de planification de scénarios permettant d'ajuster les hypothèses afin de comprendre les effets des différentes décisions politiques.

• Possibilités :

- Simplifier les résultats de la modélisation pour en faire des indications claires et exploitables (des « joyaux ») adaptées aux décideurs politiques.
- Investir dans des initiatives de renforcement des capacités pour les décideurs, telles que la formation et les ressources (p. ex. micro-certifications et manuels en libre accès), afin d'améliorer la connaissance des modèles.
- Renforcer la communication (p. ex. possibilités de discussion) entre les modélisateurs et les décideurs afin d'harmoniser les objectifs et de favoriser la confiance dans l'ensemble du système.

3. Harmoniser les indications fondées sur les données et l'incidence en contexte réel

• Défis :

- Il y a souvent des contraintes réelles liées à la planification de la main-d'œuvre en santé, telles que l'inertie structurelle ou l'épuisement professionnel des travailleurs et travailleuses de la santé.
- La sécurité psychologique et le bien-être sont essentiels pour le maintien en poste du personnel, mais nécessitent des changements systémiques.
- Les progrès dans les initiatives de soins interprofessionnels et dispensés par des équipes sont limités.

• Possibilités :

- Comblent le fossé entre les données et l'action en formulant des recommandations assorties d'options politiques claires, de coûts associés et de répercussions anticipées.
- Tirer parti des pratiques exemplaires internationales et élaborer des approches visionnaires à long terme pour la planification de la main-d'œuvre (p. ex. prendre

- en compte les besoins des populations rurales/éloignées/en quête d'équité et des populations autochtones).
- Favoriser la collaboration entre les secteurs pour harmoniser les leviers politiques et mettre en œuvre des solutions durables.

Imaginer le futur programme de travail de modélisation d'Effectif de la santé Canada

Contexte :

- Nous avons entendu que l'idée d'une communauté pancanadienne sur la main-d'œuvre en santé pour développer des approches et des solutions communes aux problèmes méthodologiques existants (normes, données, définitions et méthodologies) par l'établissement d'un groupe de travail technique sur la modélisation recueille du soutien.
- Nous avons l'occasion de discuter des types d'outils analytiques avancés dont le pays a besoin.

1. Modélisation et prévision

Quelles sont les questions prioritaires qui pourraient être traitées par un groupe de travail technique?

Thème	Questions prioritaires	Questions pouvant être traitées par un groupe de travail technique
Renforcement de la communauté et de la confiance	<ul style="list-style-type: none"> • Il est essentiel de créer une base permettant aux personnes participantes de se connaître et d'établir un climat de confiance. • Cette approche peut favoriser une collaboration spontanée et une communication ouverte avant que soient abordées les questions techniques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et mettre en œuvre des activités de renforcement des relations, telles que des forums, des ateliers ou des réunions régulières, afin d'établir un climat de confiance et d'encourager une communication ouverte.
Normalisation et pratiques en matière de données	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des définitions et des méthodologies cohérentes, en particulier pour les indicateurs clés tels que les taux de postes vacants, les besoins non satisfaits et les équivalents temps plein (ETP) ou, à tout le moins, rendre accessible et transparent l'éventail des définitions existantes. • Améliorer la transmission et le couplage des données entre les 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer des mécanismes et promouvoir des définitions et des méthodologies cohérentes pour les mesures prioritaires parmi les principales autorités responsables de la mise en œuvre. • Concentrer les premiers travaux sur des groupes de travail pratique susceptibles de trouver des solutions aux

Thème	Questions prioritaires	Questions pouvant être traitées par un groupe de travail technique
	<p>différentes régions et les différents établissements de soins de santé, en mettant l'accent sur la « libération de données » pour favoriser la mobilité du personnel et la continuité des soins aux patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir l'équité en matière de santé en mettant l'accent sur les données relatives aux populations mal desservies ou en quête d'équité, en tenant compte des disparités en matière d'accès aux soins de santé et de représentation dans les modèles de planification de la main-d'œuvre. • Organiser des discussions sur un mécanisme permettant d'aller de l'avant avec un système national d'identificateurs uniques pour les professions de santé. Faciliter l'accès aux données et transmettre des données dans un outil à code source libre, y compris en explorant des modèles où les coûts initiaux sont partagés entre les parties intéressées. 	<p>« points sensibles » prioritaires dans toutes les équipes de modélisation (p. ex. définitions des ETP, modélisation de la demande et besoins non satisfaits).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place une structure de groupe de travail sur la modélisation technique qui favorise l'inclusion, l'équité, l'ouverture, la transparence et le partage. • Commencer modestement et de manière ciblée, puis apprendre et se développer au fil du temps, à mesure que la confiance se renforce et que les premiers enseignements tirés sont intégrés dans les travaux futurs.
Innovation en matière d'outils et de méthodes	<ul style="list-style-type: none"> • Documenter les différentes approches de modélisation, y compris les avantages, les inconvénients et les contextes appropriés, et créer du matériel de formation pour le transfert de connaissances. • Désigner et potentiellement incorporer des outils analytiques avancés tels que l'apprentissage automatique et l'IA dans la modélisation afin de relever des défis précis en matière de prévision et de planification. • Définir clairement les rôles et le champ d'action des équipes de soins de santé dans le cadre de prévisions précises des besoins, tout en envisageant d'autres modèles tels que les soins interprofessionnels. Cela peut également impliquer de repenser les champs d'exercice professionnels afin de remédier aux pénuries de main-d'œuvre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer un répertoire à code source libre de méthodologies de modélisation et de matériel de formation pour le renforcement des capacités. • Piloter l'utilisation d'outils analytiques avancés tels que l'apprentissage automatique et l'IA pour trouver des solutions de prévision innovantes. • Étudier les propositions d'amélioration de la clarté des rôles et des définitions des champs d'exercice afin de mieux documenter la planification de la main-d'œuvre et remédier aux pénuries. • Confirmer les besoins des décideurs gouvernementaux avant d'entamer le développement de nouveaux

Thème	Questions prioritaires	Questions pouvant être traitées par un groupe de travail technique
	<ul style="list-style-type: none"> Se concentrer sur les besoins pratiques des décideurs gouvernementaux pour que la modélisation soit pertinente et réponde à leurs besoins. 	modèles et ensembles de données.

Comment pouvons-nous innover? Quels outils analytiques avancés (p. ex. micro-simulation et apprentissage automatique), qui vont au-delà des modèles d’offre et de demande existants ou les complètent, devrions-nous étudier?

Thème	Stratégies clés pour innover
Exploiter les outils analytiques avancés	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser des outils avancés tels que l’apprentissage automatique, l’IA et la micro-simulation pour créer des modèles plus dynamiques qui traitent des données complexes et améliorent les prévisions. Utiliser l’IA pour rendre les modèles plus faciles à comprendre pour les décideurs en simplifiant les résultats dans des contenus accessibles. Combiner les données quantitatives avec les observations qualitatives de la communauté pour faire en sorte que les modèles tiennent compte des facteurs sociaux et des besoins en soins de santé.
Construire une infrastructure pour promouvoir la collaboration et la confiance	<ul style="list-style-type: none"> Développer ou promouvoir les plateformes existantes pour la transmission de données normalisées entre les régions et les outils de planification de la main-d’œuvre en temps quasi réel grâce à une meilleure intégration des données. Promouvoir des systèmes nationaux d’identificateurs uniques pour toutes les professions de santé afin d’améliorer le suivi de la main-d’œuvre et la qualité des données, en commençant par des projets pilotes à petite échelle. Créer une communauté interdisciplinaire pour partager les connaissances, les études de cas et les méthodes innovantes. Établir des relations axées sur la résolution de problèmes communs afin d’accroître la confiance au sein de la communauté de modélisation.
Promouvoir des modèles inclusifs et préventifs	<ul style="list-style-type: none"> Travailler avec des partenaires pour élargir la collecte et la disponibilité des données afin d’inclure les populations mal desservies. Utiliser des mesures axées sur l’équité pour que les modèles reflètent les besoins de chacun. Examiner les modèles de soins dispensés par des équipes qui permettent aux acteurs de la santé de s’adapter et de répartir les tâches pour une plus grande flexibilité. Permettre aux modèles de prendre en compte et de mesurer l’incidence des soins préventifs et des stratégies de santé publique afin de réduire la demande et de mettre sur pied un système plus durable.

2. Politique et planification

Quelles sont les considérations en matière de politique et de scénarios sur la main-d'œuvre en santé qui doivent être prises en compte lorsque nous réfléchissons aux décisions futures que nous devons prendre concernant notre personnel et notre système de santé?

1. Collaboration interprofessionnelle/soins dispensés par des équipes

- Envisager des scénarios futurs où la capacité de la main-d'œuvre est optimisée par la collaboration interprofessionnelle, la flexibilité des rôles et les équipes travaillant dans des champs d'exercice optimisés.

2. Maintien en poste du personnel et épuisement professionnel

- Examiner des modèles où l'accent est mis sur la santé et la sécurité psychologiques afin de réduire l'épuisement professionnel et l'attrition, dans le but d'élaborer des stratégies à long terme pour améliorer la durabilité de la main-d'œuvre.

3. Incidence des politiques d'immigration

- Examiner des modèles qui analysent l'influence des nouvelles politiques d'immigration sur l'offre de main-d'œuvre et tenir compte de la façon dont ils influencent les stratégies de recrutement international, en particulier en ce qui concerne les régions rurales et mal desservies.

4. Accès aux soins axé sur l'équité

- Créer des modèles qui se penchent sur les façons dont les populations mal desservies bénéficient d'un soutien suffisant de la part de la main-d'œuvre, en intégrant les principes de sécurité culturelle, d'équité, de diversité et d'inclusion, ainsi que des services multilingues pour répondre à des besoins diversifiés.

5. Soins préventifs et primaires

- Étudier des modèles axés sur les soins préventifs et primaires (en amont) afin de réduire la demande de soins de santé intensifs et aigus (en aval).

6. Déterminants sociaux de la santé

- Envisager des modèles qui tiennent compte de l'incidence sur la demande de soins de santé des facteurs socioéconomiques et de santé propres à la communauté en intégrant les déterminants sociaux de la santé dans la planification de la main-d'œuvre.

7. Besoins en soins spécialisés

- Examiner les façons dont la modélisation peut être utilisée pour mieux comprendre la répartition de la main-d'œuvre en santé dans le domaine des maladies rares et d'autres domaines de soins spécialisés aux niveaux national et régional.

Quelles sont les pratiques ou structures de gouvernance exemplaires pour l'intégration des estimations de la main-d'œuvre en santé dans la planification et la prise de décision?

1. Planification stratégique de la main-d'œuvre

- **Planification proactive fondée sur des données et des scénarios** : Utiliser des prévisions fondées sur des scénarios pour mettre en évidence les pénuries ou surplus potentiels de personnel et démontrer la valeur des changements proposés en matière de formation ou d'embauche en tenant compte d'une série de scénarios politiques et d'hypothèses de planification.

2. Ajustements opérationnels ciblés

- **Détermination des besoins en matière de services grâce à l'amélioration des données administratives** : Des ajustements simples, comme le suivi des préférences et des besoins individuels en matière de soins (p. ex. langue ou autres exigences particulières), permettent de cibler les besoins particuliers en matière de main-d'œuvre et d'améliorer l'efficacité de l'affectation.
- **Ajustements opérationnels fondés sur l'analyse des flux du système** : Analyser les goulets d'étranglement du système à l'aide d'une combinaison de données sur la main-d'œuvre et sur l'utilisation des services afin de mettre en œuvre des solutions pour résoudre des problèmes tels que les temps d'attente aux urgences, les flux d'admission des patients dans les hôpitaux, l'élargissement des options de soins à domicile dans la communauté, la réduction de la congestion et l'amélioration de l'efficacité.

3. Gestion collaborative et holistique des ressources

- **Collaboration continue avec les décideurs** : Maintenir une communication régulière avec les décideurs afin de répondre à leurs besoins d'informations prévisionnelles concernant l'affectation des ressources, les demandes de budget et la planification.
- **Analyse globale des ressources au-delà du dénombrement de la main-d'œuvre** : Tenir compte des effectifs ainsi que des ressources de soutien (p. ex. contraintes liées aux installations, soutien après les soins et financement) pour acquérir une compréhension holistique des besoins en matière de capacité.
- **Intégration de l'efficacité et de l'analyse économique pour soutenir la planification** : Utiliser des analyses coût/bénéfice et d'autres méthodes économiques pour étudier les investissements dans le personnel de santé et l'incidence des politiques ainsi que pour justifier les investissements dans les capacités de services complets.

Quelle est l'utilité de la création de modèles pancanadiens et quelle direction le pays pourrait-il prendre?

Principaux éléments à prendre en compte	Avantages	Inconvénients
Normalisation et cohérence	La normalisation fournit une approche unifiée de la collecte, de l'analyse et de la communication des données sur la main-d'œuvre dans l'ensemble du Canada, ce qui permet de disposer de renseignements fiables et comparables à l'échelle nationale.	L'harmonisation des différents systèmes provinciaux peut nécessiter une coordination et des investissements importants, ce qui accroît la complexité et les coûts.
Observations à l'échelle canadienne	Les observations mettent en évidence les tendances et les défis au niveau national, ce qui permet de répondre à des questions plus vastes telles que la répartition globale de la main-d'œuvre, les migrations interprovinciales et les possibilités d'approches nationales ou régionales en matière d'autorisation d'exercer.	En fonction de la conception du modèle, de la disponibilité des données et de l'approche, les modèles pancanadiens pourraient produire des estimations incompatibles avec les modèles provinciaux.
Pleine transparence des hypothèses et des résultats de la modélisation	Des modèles pancanadiens pleinement accessibles et transparents permettraient d'harmoniser les efforts dans l'ensemble du pays et de réduire considérablement la duplication.	Des modèles pleinement transparents pourraient donner lieu à des renseignements politiquement sensibles susceptibles de compromettre ou de remettre en cause les négociations provinciales et territoriales. Il est possible que les modèles fondés sur des données enregistrées ou sensibles ne puissent pas être reproductibles, même s'ils sont transparents.
Optimisation des ressources	L'optimisation des ressources soutient une planification efficace en ce qui concerne les maladies rares et les services spécialisés en exploitant les données nationales lorsque des estimations à un niveau inférieur ne sont pas possibles ou optimales.	Certaines régions peuvent hésiter à transmettre des données pour des raisons de confidentialité ou de disponibilité des ressources.

Principaux éléments à prendre en compte	Avantages	Inconvénients
Partage des données et collaboration	La collaboration et le partage des données entre les provinces et les territoires sont encouragés, favorisant ainsi une vue globale de la main-d'œuvre.	Des problèmes de confidentialité, de propriété et de gouvernance peuvent limiter le partage des données, ce qui réduit l'exhaustivité du modèle. L'interopérabilité des données peut être impossible.
Amélioration de l'équité	Elle aide à cerner les populations mal desservies et à produire des estimations qui les concernent, ce qui permet des interventions ciblées pour réduire les disparités en matière de santé dans tout le pays.	Il peut être difficile d'obtenir l'adhésion de toutes les régions, en particulier si le modèle ou ses hypothèses ne reflètent pas pleinement les priorités et les contextes locaux.
Interprétation des modèles	L'interprétation des modèles et l'amélioration des connaissances aideront la communauté de modélisation et les gouvernements à mieux comprendre comment exploiter les estimations de la modélisation dans le cadre de l'élaboration des politiques et de la prise de décision.	Les résultats complexes peuvent donner du mal aux décideurs et la demande d'estimations uniques et précises pourrait dépasser les capacités du modèle.

Annexe A : Liste des participants à la réunion

Affiliation	Participant
Association des facultés de médecine du Canada	• Geoff Barnum
Association des facultés de pharmacie du Canada	• Janet Cooper
Ministère de la santé de la Colombie-Britannique	• Cindy Cui
Association canadienne des soins de longue durée (ACSLD)	• Jodi Hall
Association canadienne des optométristes (ACO)	• François Couillard
Association canadienne des ergothérapeutes (ACE)	• Irving Gold
Association canadienne des agences provinciales du cancer (ACPAC)	• Kristi MacKenzie
Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI)	• Jessica Pearce Lamothe
Réseau canadien des personnels de santé (RCPS), L'Université d'Ottawa	• Ivy Bourgeault • Sarah Simkin
Association médicale canadienne (AMC)	• Ashley Chisholm
Partenariat canadien contre le cancer (PCCC)	• Sara Urowitz • Jean Yong
Association canadienne de physiothérapie (ACP)	• Krissy Bell
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	• Chantal Couris • Natalie Damiano
Collège des médecins de famille du Canada (CMFC)	• Steve Slade
Emploi et Développement social Canada (EDSC)	• Martin Charron
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador	• Karen Dickson
Gouvernement de la Nouvelle-Écosse	• Adrian MacKenzie • Kathleen DeCoste
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard	• Nadine MacLean
Santé Canada	• Geneviève Moineau • Susan Weston • Vishva Danthurebandara
Santé Île-du-Prince-Édouard	• Kari Barnes
Centre de données, Soins communs Manitoba	• Jide Babalola
Université McGill	• Priyanka Saksena
Université McMaster	• Arthur Sweetman
Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)	• Kamlesh Tello

Affiliation	Participant
Santé Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • Stephanie Akers
Université Queen's	<ul style="list-style-type: none"> • Michael Green
Société Santé en français	<ul style="list-style-type: none"> • Antoine Désilets
Statistique Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Aimé Ntwari • Dafna Kohen • Deirdre Hennessy
Université de l'Alberta	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Jiang
Université de la Colombie-Britannique	<ul style="list-style-type: none"> • Kimberlyn McGrail
Université du Manitoba	<ul style="list-style-type: none"> • Marcia Anderson
Université de la Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> • Cory Neudorf
Université de Toronto	<ul style="list-style-type: none"> • Linda McGillis Hall