



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA

Plan canadien relatif à l'obligation de rendre compte en matière de santé

**Mémoire prébudgétaire présenté au Comité
permanent des finances de la Chambre des
communes**

Le 12 août 2011



Ce document a été préparé par l'AIC pour fournir de l'information et pour soutenir l'association dans le cadre de la mission, de la vision et des buts qu'elle s'est fixés. L'AIC est la voix professionnelle nationale des infirmières et des infirmiers autorisés du Canada. En tant que fédération de 11 associations et ordres provinciaux et territoriaux représentant 143 843 infirmières et infirmiers autorisés, l'AIC fait progresser la pratique et la profession infirmière afin d'améliorer les résultats pour la santé et de renforcer le système de santé public et sans but lucratif du Canada.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être prêtée, partagée, reproduite, stockée dans un système d'extraction de données ou retranscrite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit – procédé électronique ou mécanique, photocopie, enregistrement ou autre – sans l'autorisation écrite de l'éditeur.

© Association des infirmières et infirmiers du Canada
50, Driveway
Ottawa ON K2P 1E2

Téléphone : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404
Télécopieur : 613-237-3520

12 août 2011

Sommaire

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est d'avis que la prospérité d'un pays repose sur une population productive. L'AIIC sait aussi qu'une population en santé signifie une main-d'œuvre active en santé.

L'AIIC reconnaît avec le Conseil canadien de la santé que pour que nous réussissions à l'avenir comme pays constitué de citoyens en santé et productifs, tous les gouvernements doivent conjuguer leurs efforts dans l'intérêt de toute la population canadienne¹.

L'AIIC est d'avis que les systèmes de soins de santé du Canada ont besoin d'un cadre relatif à l'obligation de rendre compte afin que les Canadiens puissent être certains de tirer la meilleure valeur de chaque dollar consacré à la santé. Cette transformation passe par une participation fédérale qui prendra la forme de politiques et d'interventions budgétaires ciblées.

Dans ce mémoire, l'AIIC demande au gouvernement fédéral de faire preuve de leadership en faisant progresser les programmes de la transformation et de la qualité dans le domaine de la santé. Les recommandations de l'AIIC appuient le besoin d'un cadre relatif à l'obligation de rendre compte afin de relever les principaux défis des systèmes de santé et d'optimiser les résultats pour la santé des Canadiens. Ces défis sont classés en fonction des trois priorités suivantes :

1. garantir la capacité des systèmes de santé en stabilisant et protégeant les ressources humaines de la santé du Canada;
2. optimiser l'efficacité et l'accès dans tous les systèmes de santé du Canada en renforçant les services communautaires;
3. renforcer l'obligation publique de rendre compte dans tous les systèmes de santé en établissant des indicateurs de la qualité.

Recommandations de l'AIIC

Comme élément essentiel du Plan canadien relatif à l'obligation de rendre compte en matière de santé, l'AIIC demande au gouvernement fédéral de faire en priorité trois choses :

1. Diriger la création d'un identificateur national unique (INU) pour tous les professionnels de la santé du Canada.
2. Coordonner les priorités stratégiques entre des organismes nationaux* afin de faire progresser les services de santé communautaires comme les services de soins primaires, de soins ambulatoires et de soins à domicile par la recherche, l'innovation et le transfert des connaissances.
3. Coordonner la création d'un ensemble complet d'indicateurs pancanadiens du système de santé qui démontrent l'amélioration de la qualité dans tout le continuum des soins.

Introduction

Les politiques décrites dans ce document reposent sur les exigences énoncées dans les lignes directrices sur les mémoires prébudgétaires. Il existe en soins de santé tout un éventail de programmes valables qui méritent qu'on y porte attention à l'échelon fédéral, comme la promotion de la santé dans les communautés autochtones, une stratégie nationale sur les produits pharmaceutiques et une stratégie nationale sur le vieillissement en santé. À cause du manque d'espace et d'orientation, l'AIIC a toutefois choisi de mettre en évidence trois domaines qui, selon nous, répondent le mieux aux exigences du comité et offriront la meilleure valeur à la population canadienne.

Le système de soins de santé du Canada offre des services qui tiennent à cœur à sa population. Il se pose toutefois, sur les plans de l'accès universel, de la fragmentation du système, de la montée des coûts dans certains domaines (p. ex., dépenses en médicaments) et des temps d'attente, des défis qui menacent l'efficacité avec laquelle notre système peut offrir des services de santé de façon efficiente. La montée des coûts qui découle de la convergence des efforts sur les soins actifs et les soins hospitaliers devient plus évidente que jamais, particulièrement face à des comparaisons internationales². La promotion de la santé, la prévention et la prise en charge des maladies chroniques et le diagnostic et le traitement précoces produisent une population en meilleure santé et plus productive et allègent les pressions qui s'exercent sur les urgences engorgées, les hôpitaux et les salles d'opération.

« Au-delà de sa valeur intrinsèque, l'amélioration de la santé contribue au bien-être social par ses effets sur le développement économique, la compétitivité et la productivité. Des systèmes de santé hautement performants contribuent au développement économique et à la prospérité. »

Déclaration de Tallin (OMS, 2008)

* Les organismes comprennent notamment Santé Canada (y compris la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits), le Conseil canadien de la santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé du Canada, et l'Agence de la santé publique du Canada.

Il faut rééquilibrer le système de santé et les formules de financement des soins de santé pour tenir compte non seulement des besoins en soins actifs, mais aussi des économies qu'il est possible de réaliser en intégrant la promotion de la santé et la prévention et la prise en charge des maladies chroniques. Il est possible de réaliser des gains d'efficacité par l'expansion des modèles de soins qui optimisent les contributions de tous les membres de l'équipe de soins de santé. Ces modèles de soins amélioreront l'accès au fournisseur de soins de santé le plus approprié, en temps opportun et au bon endroit pour les personnes et les communautés au Canada.

L'AIIIC est un chef de file actif de la promotion du besoin de politiques et de pratiques qui mettent l'accent sur une approche intégrée des soins de santé primaires au Canada et dans le monde^{3,4,5,6}. En mai 2011, l'AIIIC a lancé une Commission nationale d'experts sur La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé. La Commission recommandera des façons possibles de transformer un système afin de faire passer le patient et les membres de sa famille d'abord et une convergence renouvelée sur les soins de qualité en milieu communautaire et institutionnel. L'AIIIC considère comme une priorité de premier plan sa contribution aux discussions et aux consultations qui aboutiront au renouvellement de l'Accord fédéral et provincial/territorial sur la santé en 2014.

Dans le contexte des efforts de transformation des systèmes de santé et d'amélioration de la qualité, les infirmières et infirmiers autorisés du Canada continuent d'insister sur la nécessité d'avancer vers un paradigme qui entraîne un virage de la maladie vers la santé, du traitement et de la guérison vers la promotion de la santé et la prévention et la prise en charge des maladies chroniques, des soins épisodiques vers les soins continus, des soins basés sur des problèmes vers les soins intégrés, des praticiens individuels vers les équipes de professionnels de la santé qui travaillent en collaboration, du secteur de la santé œuvrant dans l'isolement vers la collaboration intersectorielle, de la domination de la profession vers la participation communautaire et de la réception passive de services de santé vers une responsabilité partagée en matière de santé.

Une planification et des investissements à long terme s'imposent pour s'assurer que l'infrastructure, la technologie et, avant tout, des ressources humaines qualifiées sont prêts à réagir aux besoins changeants de la population canadienne dans le domaine des soins de santé et de l'évolution des modèles de soins. La recherche sur les services (et les systèmes) de santé et les politiques, les évaluations de la technologie en santé et les évaluations d'impacts sur la santé devraient être les forces motrices de l'élaboration, de l'application et de l'évaluation de politiques éclairées par des données probantes qui visent à optimiser la santé, la productivité et la prospérité de la population canadienne. Les approches pangouvernementales de l'intégration de la santé dans toutes les politiques sont particulièrement importantes⁷.

L'AIIIC est d'avis qu'il est possible de réaliser des gains d'efficacité par une transformation des systèmes de santé qui met l'accent sur les aspects suivants :

- Des interventions stratégiques fédérales et des normes nationales s'imposent pour exploiter les soins de santé primaires intégrés comme cadre pour informer les gouvernements, propulser le renouvellement et la transformation des systèmes de santé au Canada et faire participer la population canadienne au dialogue et à la prise de décision sur les politiques de santé.
- Les modèles de soins éclairés par des données probantes et interprofessionnels, surtout en soins primaires, et l'expansion des services communautaires améliorent l'accès en temps opportun et équitable aux services de santé d'une façon qui répond aux besoins et aux attentes des Canadiens.
- Les stratégies de collaboration intersectorielle (politiques et programmes) devraient viser les disparités en santé et s'attaquer aux problèmes sociaux, environnementaux, économiques et géographiques qui rendent les personnes et les communautés vulnérables.
- Le renforcement et la coordination des activités d'agences nationales du secteur de la santé* dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'infrastructure des systèmes de santé, des processus et des résultats démontreraient l'intendance, le leadership et la responsabilisation du fédéral dans l'intérêt de la population canadienne.

Le Plan canadien d'obligation de rendre compte en matière de santé

Les recommandations de l'AIIIC appuient le besoin d'un cadre d'obligation de rendre compte visant à relever des défis clés du système de santé et à optimiser les résultats pour la santé des Canadiens. Ces recommandations sont classées en fonction des trois grandes priorités suivantes :

1. garantir la *capacité* des systèmes de santé en stabilisant et protégeant les ressources humaines de la santé du Canada;
2. optimiser l'*efficacité* et l'*accès* dans tous les systèmes de santé du Canada en renforçant les services communautaires;
3. renforcer l'*obligation publique de rendre compte* dans les systèmes de soins de santé en établissant des indicateurs de la *qualité*.
Garantir la *capacité des systèmes de santé en stabilisant et protégeant les ressources humaines* de la santé du Canada.

* Les organismes comprennent notamment Santé Canada (y compris la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits), le Conseil canadien de la santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé du Canada, et l'Agence de la santé publique du Canada.

Garantir la *capacité des systèmes de santé en stabilisant et en protégeant les ressources humaines de la santé du Canada*

Recommandation de l'AIC

Diriger la création d'un identificateur national unique (INU) pour tous les professionnels de la santé du Canada.

La planification efficace des ressources humaines de la santé (PRHS) vise à améliorer l'accès au nombre le plus approprié de prestataires de soins de santé qui possèdent les bonnes compétences au bon moment et au bon endroit, pour les particuliers et les communautés au Canada⁸. La capacité de planifier et de prévoir repose sur la disponibilité des prestataires de soins de santé (offre) et sur les besoins en soins de santé de la population (demande)⁹.

Pertinence

La mobilité est un facteur important qui a une incidence sur la disponibilité de professionnels de la santé. L'attribution d'un INU à chacun d'entre eux constituerait un élément fondamental de la planification et de la gestion efficaces des ressources humaines de la santé¹⁰.

Le Canada a actuellement une capacité limitée de suivre la mobilité de ses effectifs infirmiers à la fois à l'intérieur (entre provinces et territoires) et à l'extérieur (lorsque des infirmières partent travailler à l'étranger). Par exemple, le seul moyen pour le Canada de rendre compte des données sur les infirmières autorisées qui travaillent à l'étranger, c'est si elles renouvellent leur autorisation dans une province ou un territoire du Canada¹¹.

Plusieurs études et rapports recommandent la création d'un INU, en particulier pour les infirmières, y compris l'Étude sectorielle nationale de 2006 sur les soins infirmiers, le rapport de 2005 intitulé Parcours pour devenir infirmière/infirmier au Canada, le rapport de 2004 sur la pratique infirmière dans les régions rurales et éloignées du Canada et le rapport de 2002 du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers.

L'attribution d'un INU à chaque **professionnel de la santé du Canada** servirait à plusieurs fins¹², y compris à :

- garantir un dénombrement exact des ressources humaines de la santé, ce qui permettrait une meilleure PRHS entre les provinces et territoires, y compris la prévision de l'offre et de la demande;
- garantir une identification solide et uniforme des fournisseurs de soins de santé pour l'ensemble des données et des services liés aux dossiers de santé électroniques (DSE), ce qui garantirait que les prestataires de soins de santé sont bien ceux qui ils affirment être et que seuls les prestataires de soins de santé autorisés peuvent avoir accès au DSE d'un patient;
- améliorer l'intégration de l'information sur la santé provenant de sources différentes.

L'existence de l'INU assurerait aussi la surveillance de tendances qui peuvent jouer sur la stabilité des effectifs, y compris la détermination du statut de la pratique (en activité, congé temporaire, congé de maternité), le lien entre le domaine de la pratique et l'âge de la retraite, ainsi que les arrivées dans la profession et les départs (y compris l'attrition).

L'introduction d'un INU pour chaque professionnel de la santé constitue une mesure à long terme qui est rentable selon le Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle nationale¹³. Cependant, jusqu'à maintenant, on n'a pas encore introduit de système d'INU. Dans son étude de faisabilité, l'ICIS a montré que l'adoption d'un INU dans neuf professions entraînerait un coût de démarrage de 17,27 millions de dollars en trois ans et des coûts de fonctionnement annuels de 5,18 millions¹⁴.

Optimiser l'efficacité et l'accès dans les systèmes de santé du Canada en renforçant les services communautaires

Recommandation de l'AIC

Coordonner les priorités stratégiques entre les organismes nationaux* afin de faire progresser les services de santé communautaires comme les services de soins primaires, de soins ambulatoires et de soins à domicile, par la recherche, l'innovation et le transfert des connaissances.

Un rapport récent révèle que les Canadiens utilisent les services d'urgence plus que la population de tout autre pays : 44 % en ont visité un au cours des deux dernières années¹⁵. Selon le Conference Board du Canada, « des investissements bien ciblés dans des mesures de prévention pourraient produire des réductions de coût à long terme en réduisant la demande de services de soins de santé et ils constituent une stratégie à long terme plus efficace à suivre pour dépenser de maigres ressources¹⁶ ».

Pertinence

La capacité de prodiguer des soins dans la communauté constitue une caractéristique d'un système de santé efficace. En 2008-2009, il y a toutefois eu au Canada 92 000 hospitalisations de patients qui avaient besoin de soins à domicile et de soins communautaires plutôt que de soins actifs : 62 % de ces hospitalisations ont duré plus d'une semaine et 24 %, plus d'un mois¹⁷. L'AIC est d'avis qu'une stratégie nationale s'impose pour tenir compte des dimensions à facettes multiples des soins communautaires, et en particulier des soins à domicile.

L'AIC reconnaît l'investissement soutenu du gouvernement fédéral dans la santé mentale et le mieux-être de la population canadienne. Environ 10 % des Canadiens membres de la main-d'œuvre active âgés de 18 à 54 ans ont des troubles mentaux ou une maladie mentale. Les troubles mentaux sont au nombre des principales causes d'incapacité dans le monde¹⁸. Au Canada, les coûts économiques attribués à ces troubles (p. ex., recours aux services de santé, jours de travail perdus et arrêts de travail) sont importants – on les estime à 51 milliards de dollars par année¹⁹. Les hospitalisations répétées (11 % de toutes les personnes hospitalisées pour une maladie mentale en 2008-2009 ont été réhospitalisées plus de deux fois au cours de la même année) et les taux de réadmission à 30 jours (11,4 % en 2009-2010) pour ce segment de la population sont élevés²⁰, ce qui indique qu'on ne satisfait pas aux besoins en services de santé mentale dans la communauté.

Il est possible de réaliser des améliorations ciblées de la santé communautaire en mettant en œuvre les recommandations présentées dans la Stratégie en matière de santé mentale au Canada, que la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) dévoilera au début de 2012. Cette stratégie préconisera une approche intégrée et basée sur la population de la santé mentale – mettant l'accent sur les services communautaires intégrés et les approches basées sur le rétablissement, et reconnaissant le rôle pivot que jouent les consommateurs et les fournisseurs des premières lignes dans la mise en œuvre de changements dans le système. Il faudra des ressources pour appuyer le transfert des connaissances et les possibilités de gestion du changement afin d'appuyer la mise œuvre des recommandations de la CSMC.

On estime que les maladies chroniques coûtent plus de 90 milliards de dollars par année en traitements et perte de productivité²¹. Jusqu'à 80 % des cas de cardiopathies, d'accidents vasculaires cérébraux et de diabète de type 2 – ainsi que plus du tiers des cas de cancer – pourraient être évités si l'on éliminait des facteurs de risque communs comme le tabagisme, l'alimentation malsaine, l'inactivité physique et la consommation nocive d'alcool²². L'AIC est d'avis que les équipes interprofessionnelles comportant des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées et des infirmières cliniciennes spécialisées ajoutent de la valeur au système de soins de santé dans le cadre de programmes communautaires de prévention et de prise en charge des maladies chroniques, ce qui améliore la participation des patients à leur santé et réduit le nombre des hospitalisations et des réhospitalisations inutiles et coûteuses.

Un exemple d'approche des soins de santé primaires pour améliorer la santé des Canadiens a été mis à l'essai à Hamilton (Ontario). Reconnu à l'échelon international, le Partenariat communautaire infirmière-famille (Nurse-Family Partnership) s'appuie sur 30 ans de recherche. Ce programme efficace a réussi à améliorer les résultats de la grossesse chez les mères primipares à faible revenu et à améliorer leur santé et leurs conditions sociales, ainsi que celles de leurs enfants²³. On calcule que chaque dollar investi dans le Partenariat infirmière-famille peut réduire de plus de 5 \$ les coûts sanitaires et sociaux²⁴.

* Les organismes comprennent notamment Santé Canada (y compris la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits), le Conseil canadien de la santé, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, les Instituts de recherche en santé du Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé, Inforoute Santé du Canada, et l'Agence de la santé publique du Canada.

Renforcer l'obligation publique de rendre compte dans les systèmes de soins de santé en établissant des indicateurs de la qualité

Recommandation de l'AIIC

Coordonner la création d'un ensemble complet d'indicateurs pancanadiens du système de santé qui démontrent l'amélioration de la qualité dans tout le continuum des soins.

L'amélioration de l'obligation publique de rendre compte dans tous les systèmes de soins de santé au Canada ne peut être garantie que lorsque des objectifs communs ont été établis et qu'il y a production de rapports au public portant sur des indicateurs significatifs de la qualité. On utilise actuellement un grand nombre d'indicateurs de la qualité différents à de nombreux niveaux de la planification et de la prestation des services de santé. Cela ne permet pas d'exercer une surveillance comparative efficace des progrès ou de l'obligation de rendre compte.

Pertinence

Le gouvernement fédéral est bien placé pour jouer un rôle de leadership dans la création d'un ensemble complet d'indicateurs pancanadiens du système de santé qui démontrent une amélioration de la qualité dans tout le continuum des soins et permettent de surveiller les progrès réalisés vers l'instauration d'un système de santé très performant partout au Canada et d'en faire rapport.

Les négociations relatives à l'Accord sur la santé de 2004 ont mis l'accent sur la surveillance par les provinces et territoires, sur l'augmentation de l'accès aux soins dans tout le continuum et sur la réduction des temps d'attente dans le cas de certains services en particulier. Même s'il en a découlé des effets positifs dans des domaines de service très précis (chirurgie de la cataracte et arthroplastie, par exemple), cela n'a pas eu d'effet sur les besoins globaux en accès, ni sur les résultats de la qualité pour tous les Canadiens²⁵. Nous savons que la longueur des temps d'attente découle d'une série de faiblesses qui existent dans de nombreux secteurs du système de santé. Une solution réelle passe obligatoirement par une réponse coordonnée et intégrée sur plusieurs fronts²⁶.

Le Canada a du retard sur d'autres pays industrialisés au niveau du rendement de son système de santé, mais la perception erronée selon laquelle il n'y a pas de grand problème en matière de qualité des soins au Canada est à l'origine de l'inaction dans beaucoup de domaines clés du rendement, comme l'indique la situation suivante :

Dans un rapport publié en 2007, le Fonds du Commonwealth place le Canada au quatrième rang sur six pays pour le rendement global, et au dernier pour la prestation de soins axés sur le patient, coordonnés et efficaces. ...D'autres études indiquent que le Canada offre un accès médiocre aux soins, affiche de faibles taux de vaccination, a une infrastructure technologique limitée et présente des différences au niveau des services entre les régions, des degrés variables de ruralité et des taux élevés de mortalité attribuables au cancer, au diabète et à d'autres maladies courantes²⁷.

L'AIIC met le leadership infirmier du groupe le plus nombreux de professionnels canadiens de la santé au service du travail pratique qui consiste à déterminer et à promouvoir des indicateurs de qualité communs. Notre organisation « insiste sur l'importance de dégager, entre tous les intervenants des soins de santé, un consensus sur des paramètres et des indicateurs valides et pertinents²⁸ ».

Commentaire de la fin

Il est essentiel que le gouvernement du Canada fasse preuve du leadership nécessaire à une transformation du système de santé, qui puisse assurer la santé de la population, la productivité de la main-d'œuvre et le dynamisme de notre économie. L'AIIC encourage le gouvernement fédéral à considérer l'élaboration d'un Plan canadien relatif à l'obligation de rendre compte en matière de santé, qui soit fondé sur les priorités et les recommandations décrites ci-dessus. C'est en optimisant la qualité et en réalisant des gains sur le plan de l'efficacité que l'on soutiendra un système de santé viable permettant de répondre aux besoins des Canadiens maintenant, demain et à l'avenir.

Notes en fin de texte

- ¹ Conseil canadien de la santé. (2011). *Rapport de progrès 2011 : Renouveau des soins de santé au Canada*. Extrait de http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2011/progress/2011Progress_ENG.pdf
- ² Fonds du Commonwealth. (2010). *Sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé*. Extrait de <http://www.commonwealthfund.org/Content/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx>
- ³ Organisation mondiale de la Santé. (1978). *Déclaration d'Alma Ata : Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma Ata, URSS du 6 au 12 septembre 1978*. Extrait de www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration_FRA.pdf
- ⁴ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *Fiche d'information : Soins de santé efficace = soins de santé primaires (SSP)*. Ottawa : auteur. Extrait octobre 2010, de http://www.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/FS17_Effective_Health_Care_Equals_Primary_Health_Care_Nov_2002_f.pdf
- ⁵ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2003). *Les soins de santé primaires et les soins infirmiers – Le moment est venu* [version électronique]. *Zoom sur les soins infirmiers : enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada*. Ottawa : auteur. Extrait en octobre 2010 de http://www.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/NN_PrimaryHealthCare_Sept_2003_f.pdf
- ⁶ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2005a). *Les soins de santé primaires et les soins infirmiers : Résumé des enjeux*. Ottawa : auteur. Extrait en octobre 2010 de http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/BG7_Primary_Health_Care_f.pdf
- ⁷ Organisation mondiale de la Santé. (2010). *Déclaration Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : Vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être*. Extrait de http://www.who.int/social_determinants/french_adelaide_statement_for_web.pdf
- ⁸ Birch, S. (2002). Health human resource planning for the new millennium: Inputs in the production of health, illness and recovery in populations. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières* 33(4),109-114.
- ⁹ Birch, S., Kephart, G., Tomblin-Murphy, G., O'Brien-Pallas, L., Alder, R. et MacKenzie, A. (2007). Human resources planning and the production of health: A needs-based analytical framework. *Analyse de politiques*. XXXIII supplément.
- ¹⁰ Institut canadien d'information sur la santé (2010b). *Identificateur national unique pour les dispensateurs de soins : étude de faisabilité – Rapport sommaire*. Ottawa : auteur. Extrait de http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NUI_FEASIBILITY_STUDY_FR
- ¹¹ Institut canadien d'information sur la santé (2010a). *Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2005 à 2009*. Ottawa : auteur. Extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/nursing_report_2005-2009_fr.pdf
- ¹² Institut canadien d'information sur la santé (2010c). *FAQ Étude de faisabilité sur l'identificateur national unique*. Ottawa : auteur. Extrait de http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NUI_FAQ_FR
- ¹³ Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH). (2007). *Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, p. 15. Extrait de http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hhr/2007-frame-cadre/2007-frame-cadre-fra.pdf
- ¹⁴ Institut canadien d'information sur la santé (2010b). *Identificateur national unique pour les dispensateurs de soins : Étude de faisabilité – Rapport sommaire*. Ottawa : auteur. Extrait de http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/NUI_FEASIBILITY_STUDY_FR
- ¹⁵ Conseil canadien de la santé. (2010). *Comment les Canadiens classent-ils leur système de soins de santé? Résultats du sondage international 2010 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé*. Toronto : auteur. Extrait en novembre 2010 de http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2010/comm/Commonwealth_FINAL_F_Nov2010.pdf
- ¹⁶ Conference Board du Canada. (2008). *Healthy people, healthy performance, healthy profits: The case for business action on the socio-economic determinants of health*. Ottawa : auteur. Extrait de <http://www.conferenceboard.ca/documents.aspx?did=2818>
- ¹⁷ Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *Les soins de santé au Canada 2010*. Ottawa : auteur. Extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/HCIC_2010_Web_e.pdf
- ¹⁸ Organisation mondiale de la Santé. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Genève : auteur. Extrait de http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- ¹⁹ Commission de la santé mentale du Canada. (2010). *Santé mentale en milieu de travail : Une bataille juridique tout à fait légitime*. Communiqué. Extrait de <http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/News/FR/Tracking%20the%20Perfect%20Legal%20Storm%20news%20release.pdf>
- ²⁰ Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Indicateurs de santé 2011*. Ottawa : auteur. Extrait de http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/health_indicators_2011_fr.pdf
- ²¹ Mirolla, M. (2004). *The cost of chronic disease in Canada*. Ottawa : Alliance pour la prévention des maladies chroniques du Canada. Extrait de <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf>

-
- ²² Conseil international des infirmières. (2010). *Servir la collectivité et garantir la qualité : Les infirmières à l'avant-garde des soins chroniques*. Genève : auteur. Extrait de http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010_fr.pdf
- ²³ Burke, J.-M. (2010). Grassroots nursing for impoverished parents. *Registered Nurse Journal*, juillet-août 12-17.
- ²⁴ Olds, D. (2010). The nurse-family partnership. Dans R. Haskins et W. Barnett (dir.), *Investing in young children: New directions in federal preschool and early childhood policy* (pp. 69-77). Washington DC : Brookings et NIEER. Extrait de http://www.brookings.edu/~media/Files/rc/reports/2010/1013_investing_in_young_children_haskins/1013_investing_in_young_children_haskins_ch6.pdf
- ²⁵ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2011). *Les infirmières et infirmiers aux premières lignes des temps d'attente – Pour aller de l'avant*. Ottawa : auteur. Extrait de http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/Wait_Times_Paper_2011_f.pdf
- ²⁶ Ibid.
- ²⁷ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2010). *Paramètres de la qualité des services de santé : Rôle du dirigeant*. Ottawa : auteur. Extrait de http://www.chsrf.ca/migrated/pdf/CEOForumReport_FR.pdf
- ²⁸ Bard, R. et Robinson, M. (sous presse). Responsibility for Canada's healthcare quality agenda: Interviews with Canadian health leaders. Commentary. *Healthcare Papers*.