

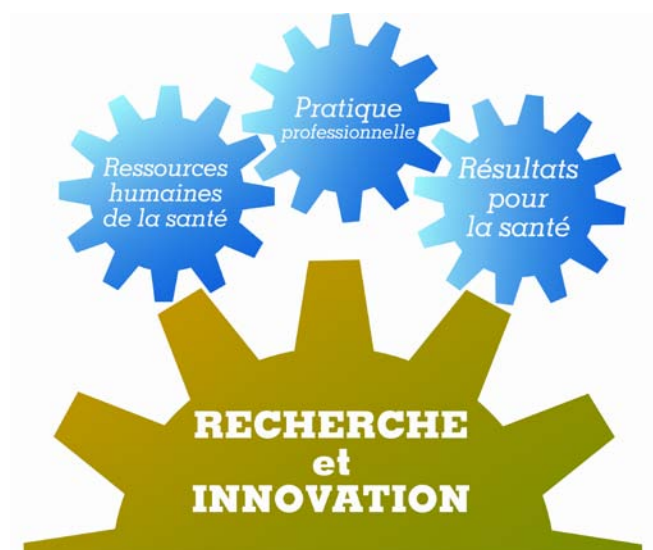


ASSOCIATION DES
**INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS**
DU CANADA

Transformer la santé par l'entremise d'innovations infirmières

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

Le 13 août 2010



L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) a produit ce document afin d'accomplir sa mission, de réaliser sa vision et d'atteindre ses buts. Fédération de 11 associations et ordres provinciaux et territoriaux d'infirmières et infirmiers représentant 139 893 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers praticiens, l'AIIIC est la voix professionnelle nationale des infirmières et infirmiers autorisés (inf. aut.), les appuie dans leur pratique et préconise des politiques publiques favorables à la santé, ainsi qu'un système de santé de qualité, financé par le secteur public et sans but lucratif.

Dans ce document, les mots de genre féminin appliqués aux personnes désignent les femmes et les hommes, et vice-versa, si le contexte s'y prête.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être 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
Tél. : 613-237-2133 ou 1-800-361-8404
Téléc. : 613-237-3520

INTRODUCTION

Même s'il est compromis, le système de santé que nous chérissons repose toujours solidement sur des valeurs et des principes canadiens. Un système de santé accessible, sans but lucratif, financé par le secteur public s'appuie sur des éléments de force qui font de notre système de soins de santé ce qu'il doit être pour la santé de notre population. Il constitue vraiment le joyau de la couronne. Pour instaurer des améliorations dans tout le système, nous devons bâtir sur ces forces afin de relever directement nos défis clés. C'est pourquoi ce mémoire prébudgétaire présente des recommandations qui portent principalement sur l'exploitation de ressources existantes pour assurer qu'elles servent à leur pleine capacité.

CONTEXTE ET DÉFIS

Aux premières lignes et dans tout le système, ce sont les quelque 280 000 infirmières et infirmiers autorisés (inf. aut.) du Canada qui ont le plus de contacts directs avec les Canadiens dans l'ensemble des fournisseurs de soins de santé. Ces effectifs comptent des chercheurs, des formateurs, des responsables de décisions stratégiques et des dirigeants qui gèrent le système jour après jour. Le temps que les infirmières autorisées passent en contact avec les patients les situe dans une position où ils offrent directement les soins et les comprennent. Elles peuvent donc accroître les connaissances scientifiques et le savoir et élaborer des politiques qui sous-tendent des solutions aux défis auxquels font face les familles et les communautés du Canada.

L'amélioration de l'accès aux soins en temps opportun et la mise en œuvre de solutions efficaces pour contrer la montée des coûts de prise en charge et de prévention des maladies chroniques – surtout dans une population vieillissante – constituent des défis cruciaux auxquels font face les professionnels de la santé, les administrateurs et les responsables des politiques. Les grands défis de la profession infirmière résident donc dans les domaines interreliés suivants :

L'incertitude de l'offre de services et de fournisseurs

- Accès aux soins
- Pénurie de travailleurs de la santé

Le besoin et la demande croissants de services de soins de santé

- Maladies chroniques
- Population vieillissante

RECOMMANDATIONS DE L'AIC

Pour créer des innovations qui visent à relever les défis clés du système de santé et à optimiser les résultats pour la santé des Canadiens, l'AIC présente les recommandations suivantes :

1. Le gouvernement fédéral devrait investir 100 millions de dollars en cinq ans pour mettre en œuvre des mesures visant à améliorer la planification pancanadienne en collaboration des RHS.

INVESTISSEMENT	ACTION	RÉSULTATS POUR LES CANADIENS
100 millions de dollars	<ul style="list-style-type: none">• Créer de multiples points d'accès aux soins.• Mettre en œuvre des modèles de prestation fondés sur la pratique interprofessionnelle qui tiennent compte des pénuries de main-d'œuvre.• Planifier des mesures qui touchent les RHS du Canada et les déployer de façon à relever le mieux possible les défis posés par les maladies chroniques et le vieillissement qui émergent rapidement.• Trouver des façons d'être plus efficaces par l'entremise de la surveillance, de la planification et de la coordination pancanadiennes des RHS.	<ul style="list-style-type: none">• Accès plus vaste et plus rapide au système de santé pour les Canadiens• Réduction des temps d'attente• Ralentissement de la montée des coûts• Le bon fournisseur qui fournit les bons soins au bon moment

2. Le gouvernement fédéral devrait investir 60 millions de dollars en 10 ans dans un programme fédéral d'appui à la recherche et à l'innovation infirmières.

INVESTISSEMENT	ACTION	RÉSULTATS POUR LES CANADIENS
60 millions de dollars	<ul style="list-style-type: none">• Améliorer la prise de décisions relatives aux politiques de santé, à la productivité de l'effectif et à l'accès opportun par la recherche et l'innovation.• Renforcer la capacité d'améliorer la pratique clinique et la	<ul style="list-style-type: none">• Encourager l'innovation dans les soins de santé et les RHS afin d'améliorer les résultats pour la santé.• Nouvelles découvertes visant à réduire les taux de morbidité et de mortalité, le taux d'hospitalisation et

	prestation des services par la recherche infirmière et l'application des connaissances.	les coûts, et à profiter au maximum de la qualité de vie.
--	---	---

LE SYSTÈME DE SANTÉ DU CANADA : LE JOYAU DE LA COURONNE

L'incertitude de l'offre de services et de fournisseurs

Accès aux soins

Depuis des générations, notre système de santé est structuré de telle façon que les Canadiens qui ont besoin de soins doivent consulter un médecin comme premier point d'accès au système de soins de santé. Au cours du dernier siècle, le système s'est concentré fermement sur le traitement de la maladie, les médecins et les médicaments – et les tendances actuelles des dépenses reflètent cet historique. Cette demande de services a dépassé le nombre de médecins disponibles : quelque 4,3 millions de Canadiens n'ont pas de fournisseur régulier de soins primaires capable de leur fournir des soins constants¹. Il s'ensuit que beaucoup de gens attendent longtemps à l'urgence et aux cliniques sans rendez-vous – et parce qu'ils n'ont pas reçu de soins préventifs et curatifs réguliers, ils peuvent être plus malades lorsqu'on finit par les traiter dans le système structuré.

D'autres professionnels de la santé peuvent toutefois répondre à un grand nombre de ces besoins en santé de façon à produire des résultats comparables, coûtent souvent moins cher et sont tout aussi satisfaisants pour les patients. Par exemple :

- Dans le cadre d'une étude américaine, on a fait l'essai d'un modèle de soins multidisciplinaires en contexte hospitalier pour évaluer l'effet qu'une collaboration interprofessionnelle efficace pouvait avoir sur les soins en milieu hospitalier. Les résultats de l'étude ont révélé que la gestion en collaboration entre médecins et infirmières praticiennes des soins multidisciplinaires administrés à des patients hospitalisés a réduit la durée du séjour et a profité à l'hôpital sans avoir d'effet sur le nombre de réadmissions ou le taux de mortalité².
- Les conclusions découlant d'une étude des effets qu'ont les infirmières praticiennes (IP) sur les services d'urgence a indiqué qu'il y a d'importants avantages à inclure les IP aux modèles de dotation pour les services d'urgence. Selon une étude, les soins fournis par les IP produisent un taux élevé de satisfaction chez les patients, équivalent à ceux que fournissent des médecins résidents en milieu de formation et peuvent réduire les temps d'attente à l'urgence. L'étude conclut que les milieux médicaux devraient étudier plus à fond l'utilisation des IP, en particulier dans les secteurs à traitement rapide des services à volume élevé. En milieu rural, les IP pourraient appuyer les médecins surchargés et permettre aux centres de santé de demeurer ouverts lorsqu'ils devraient peut-être fermer autrement. Ces stratégies pourraient améliorer l'accès aux soins et la satisfaction des patients dans certaines populations urbaines et rurales et optimiser l'utilisation de ressources médicales limitées³.
- Selon une étude publiée dans le *Journal of Clinical Nursing*, de plus en plus de données probantes démontrent l'efficacité des interventions infirmières en dermatologie. L'étude a signalé que lorsque les infirmières participent à la prestation de soins spécialisés en dermatologie, la gravité des problèmes diminue et les thérapies topiques sont utilisées plus efficacement. Les patients ont signalé d'autres avantages comme un accès plus rapide au traitement, la réduction des références à l'omnipraticien ou au dermatologue et une augmentation des connaissances⁴.

Pénurie de travailleurs de la santé

Le Canada fait face à une pénurie critique imminente de travailleurs de la santé. Plus particulièrement, il nous manquera presque 60 000 équivalents temps plein d'infirmière autorisée en 2022⁵. La réforme des soins de santé aux États-Unis, où plus de 30 millions d'Américains qui sont actuellement sans assurance devraient avoir accès aux soins de santé, risque d'aggraver cette pénurie⁶. La réforme fera grimper la demande de professionnels de la santé formés à l'étranger, et en particulier au Canada, en grande partie à cause de l'ALENA et des similitudes linguistiques et culturelles. En dépit du plan lancé par le gouvernement des États-Unis pour demeurer autosuffisant en RHS, le secteur de la santé administré en grande partie par le secteur privé peut décider de chercher à attirer des infirmières et des scientifiques du Canada. Il est impératif pour l'AIIC d'exploiter les connaissances et le savoir-faire de nos formateurs et de nos chercheurs pour favoriser l'excellence et le leadership en innovation grâce à un financement viable au Canada pendant que le contexte change aux États-Unis.

Des approches innovatrices de la gestion des RHS nécessaires pour traiter les maladies chroniques sont très prometteuses. Les changements pilotés par les infirmières dans le contexte des soins au Centre d'éducation sur le diabète d'Edmonton ont entraîné une **réduction moyenne des temps d'attente pour avoir accès au programme, qui sont passés de quatre à huit mois à deux semaines.**

On établit un lien entre les visites à domicile que rendent les infirmières autorisées à des clients âgés et une réduction de la **dépression, une baisse des coûts des médicaments d'ordonnance et un meilleur fonctionnement physique** que chez les clients qui reçoivent des soins à domicile traditionnels.

Un nouveau modèle de prestation de services fondé sur les IP a **réduit le temps d'attente à l'urgence** de l'Hôpital St. Michael's de 61 % (16,7 heures) dans le cas des patients qui ont besoin de soins médicaux complexes ou qui doivent être admis, et de 45 % (4,6 heures) dans celui des patients qui ont

Nous pouvons :

- accélérer le système;
- maximiser les champs d'exercice;
- laisser tomber les vieilles habitudes;
- trouver des façons innovatrices de fournir les services et de limiter les coûts.

Comme le reste de la population, les effectifs médicaux et infirmiers vieillissent à une vitesse qui dépasse la capacité du système de former une relève suffisante de nouveaux arrivants jeunes au sein des deux groupes d'effectifs. Pour améliorer la prestation des services de santé, nous devons réévaluer qui devrait fournir quels services à quels Canadiens, réfléchir à des façons possibles d'accélérer la vitesse à laquelle le système fonctionne, de maximiser les champs d'exercice, de laisser tomber les vieilles habitudes qui n'ajoutent pas de valeur et penser à des façons innovatrices de fournir des services de qualité tout en limitant les coûts.

- L'approche des soins fondés sur l'interprofessionnalisme, la collaboration et l'équipe constitue une pratique de premier plan qui fait son apparition à l'étranger. Pour y parvenir, il n'y a pas simplement un petit pas à franchir pour les soins infirmiers ou la médecine : un changement spectaculaire de pensée s'impose toutefois pour améliorer réellement les soins primaires et les résultats. Pohl et ses collaborateurs recommandent « des changements fondamentaux de la façon dont les professionnels de la santé de toutes les disciplines des soins primaires sont formés, réglementés et doivent rendre compte des soins qu'ils prodiguent ». Ils recommandent ensuite, ce qui est le plus important encore, que « tous les fournisseurs de soins primaires soient tenus d'acquérir des connaissances spécialisées qui appuient la collaboration efficace entre eux et avec les patients, les membres de leur famille et la communauté⁷ ».
- Pour éviter le double emploi coûteux, il faut laisser tomber des habitudes bien ancrées. Une étude réalisée aux États-Unis, par exemple, a révélé que la surveillance par un médecin des infirmières anesthésistes n'offrait aucun avantage et l'on y recommande que les centres des services Medicare et Medicaid « permettent à des infirmières anesthésistes autorisées et certifiées dans tous les états de travailler sans supervision par un chirurgien ou un anesthésiologiste⁸ – ce qui libérerait des ressources médicales précieuses.

Pour concrétiser ces changements dans la pratique, il faut modifier les programmes d'études et les expériences cliniques au premier cycle universitaire et véritablement vouloir mettre en œuvre ces modèles dans des contextes de soins de santé⁹ ». Le changement est possible lorsqu'il est planifié, évalué et coordonné.

Le besoin et la demande croissants de services de soins de santé

Maladies chroniques

On estime que les maladies chroniques ont causé un total de 89 % des décès au Canada en 2005 seulement¹⁰ et elles ont coûté au système plus de 90 milliards de dollars par année en traitements et productivité perdue¹¹. À n'importe quel moment donné, 33 % des Canadiens ont au moins un problème de santé chronique¹².

Health Affairs a déclaré carrément en 2009 que « le système de prestation des soins de santé des États-Unis, qui a toujours été bâti sur les soins actifs, doit se réorienter pour faire face aux problèmes chroniques¹³ ». Le Canada fait face à la même situation cruciale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, il existe des interventions rentables qui sont importantes compte tenu de l'affirmation indiquant que les coûts directs et indirects des maladies chroniques sont très élevés et qu'une stratégie efficace de prévention peut vraiment minimiser le fardeau économique et social imposé à la santé de l'ensemble de la société¹⁴ ».

Les Canadiens vieillissent

Sans compter les demandes de la population liées à la santé qui découlent des maladies chroniques, la réalité ébranle davantage le côté inquiétant de l'offre qui fait partie de l'équation des services de santé au Canada : le nombre de Canadiens de 65 ans et plus passera de 4,2 millions en 2005 à 9,8 millions en 2036¹⁵. Les craintes soulevées par les demandes que pourraient imposer au système de santé ces 5,6 millions de Canadiens âgés de plus ne sont pas nouvelles – mais on n'a pas bien analysé cette augmentation de la demande.

À l'avenir, il faudra que les professionnels de la santé de toutes les disciplines délaissent des approches traditionnelles des soins fondées sur le modèle médical et sur les concepts des soins actifs et épisodiques¹⁶ pour adopter une optique à vie à plus long terme et plus globale. Beaucoup de défis et de complications liés aux maladies chroniques et au vieillissement s'inscrivent dans le champ d'exercice de la pratique des soins infirmiers et il est possible de s'y attaquer de façon satisfaisante – à des coûts que le système peut supporter – avant des interventions médicales ou chirurgicales plus coûteuses ou sans qu'elles soient nécessaires. Par exemple :

- Les évaluations portant sur les services interdisciplinaires montrent de façon constante que les patients qui reçoivent des services de la part de professionnels paramédicaux en plus des services de médecins de première ligne vont au moins aussi bien que les patients ayant reçu des services de leur médecin uniquement et bon nombre d'études signalent des améliorations importantes¹⁷.
- Une étude portant sur l'acceptabilité d'un modèle de prise en charge des maladies chroniques, où les patients en soins primaires consultent des IP pendant des visites structurées au cours desquelles on utilise un formulaire de contact basé sur des éléments probants, a révélé que 80 % des médecins et 95,7 % des IP sondés croyaient que le modèle de soins proposé améliorerait le contrôle des maladies chroniques¹⁸.
- « La prise en charge des maladies chroniques était supérieure dans les centres de santé communautaires » où « les cliniciens trouvaient plus facile que ceux d'autres modèles de promouvoir des soins de grande qualité grâce à des consultations plus longues

et à la collaboration interprofessionnelle. Dans tout l'échantillon et sans égard au modèle, on a établi un lien entre la prise en charge de grande qualité des maladies chroniques et la présence d'une infirmière praticienne¹⁹ ».

Au-delà des demandes soutenues pour que les infirmières pratiquent en contextes hospitaliers de soins actifs, les gouvernements doivent imaginer de nouveaux modèles de prestation des services afin de relever les défis posés par les maladies chroniques et le vieillissement qui émergent rapidement. Les infirmières du Canada ont des solutions à proposer et elles sont prêtes à collaborer avec les gouvernements pour mettre au point et appliquer des modèles de soins sécuritaires et rentables.

RECOMMANDATIONS DE L'AIIC

Mise en œuvre de solutions liées aux ressources humaines de la santé

Il est possible de renforcer la capacité du système de santé du Canada de réagir sur le plan de la prise en charge et de la prévention des maladies chroniques, de la promotion du vieillissement en santé et de la prestation de soins de grande qualité en temps opportun en établissant un mécanisme structuré, comme un observatoire national des RHS, afin de promouvoir le partage et l'adoption de solutions pratiques innovatrices à la crise des effectifs en santé. Appuyé par des intervenants qui ont comparu devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes²⁰ et recommandé dans le rapport du comité, ce mécanisme :

- permettrait de coordonner et de mettre en œuvre des objectifs, des modèles et des efficacités critiques sur le plan des RHS;
- offrirait une fonction d'application des connaissances qui permettrait de mettre en œuvre des pratiques optimales et de les partager facilement entre intervenants;
- bâtirait sur des programmes pilotes de pratique interprofessionnelle en collaboration (PIC) qui ont connu du succès, fournirait un financement viable affecté exclusivement à la promotion et à la mise en œuvre de modèles de soins fondés sur la PIC dans des administrations et des contextes nouveaux;
- accroîtrait la disponibilité des technologies de l'information en santé, abaisserait des obstacles à la communication et améliorerait l'intégration du partage d'information de façon à faciliter pour l'équipe de soins de santé l'accès aux renseignements personnels sur la santé des patients;
- établirait des objectifs et des résultats concrets, les atteindrait et en ferait rapport pour assurer que la valeur de l'investissement est bien réalisée.

Les gouvernements fonctionnent et existent à l'intérieur de frontières politiques et la gestion de la complexité des besoins en santé des Canadiens, y compris les maladies transmissibles mobiles, dans 13 provinces et territoires exige un leadership national. Afin de fournir des soins efficaces aux Canadiens aux prises avec des maladies chroniques et qui vieillissent, les professionnels de la santé doivent pratiquer en exploitant tout leur potentiel d'une façon multidisciplinaire et coordonnée. Il faut les former, les réguler et les déployer, et surveiller les résultats – et nous devons planifier les ressources humaines en prévision de la prochaine génération. Nous devons être prêts à répondre aux besoins en santé qui posent les plus grands défis dans notre histoire.

Promotion de la santé par l'entremise de la recherche et de l'innovation

La préparation en milieu d'apprentissage et l'acquisition continue du savoir chez les professionnels de la santé, l'efficacité de leur pratique et les effets qu'ils ont sur les résultats pour les patients et le système dépendent des investissements dans les sciences, la recherche et l'innovation.

Ces piliers profondément interdépendants dépendent d'une base importante, soit les effectifs d'infirmières chercheuses qui ont les connaissances nécessaires pour former la prochaine génération et qui effectuent la plupart de la recherche sur les soins des patients et les systèmes de santé. Les infirmières chercheuses ont tiré une valeur énorme d'investissements fédéraux antérieurs dans la recherche et l'innovation infirmières : la première génération d'infirmières chercheuses formées au Canada, peu nombreuses, a formé toute une nouvelle vague de scientifiques débutants qui commencent seulement à bâtir leur propre carrière et à acquérir des habitudes nécessaires pour livrer une concurrence fructueuse afin d'obtenir du financement à l'échelon national. Il faut se tenir compte du fait que nos scientifiques les plus chevronnés

Les investissements fédéraux dans les sciences infirmières donnent des résultats...

Une étude réalisée en Ontario sous la direction d'infirmières a révélé que sur les quelque six millions de visites en soins à domicile effectuées en 2002, 10 % des clients qui reçoivent des soins à domicile pourraient bénéficier de soins de qualité égale ou supérieure à des cliniques infirmières centralisées. Ce virage produirait des résultats de qualité pour la santé égale tout en libérant jusqu'à 146 équivalents temps plein d'infirmière autorisée, qui pourraient travailler dans d'autres secteurs du système de santé où il y a des pénuries. Économies estimatives : 10 millions de dollars.

À l'Université de Toronto, la chaire Linda O'Brien-Pallas en ressources humaines en soins infirmiers, financée par le Fonds fédéral de recherche en sciences infirmières, a rehaussé le profil du Canada dans ce domaine des sciences à des niveaux de leadership mondial. Son travail constitue maintenant la base du cadre F-P-T de planification des RHS au Canada. Pendant son mandat, elle a supervisé des dizaines d'étudiants à la maîtrise et au doctorat dont le travail commence à produire des constatations convaincantes qui ont des répercussions sur les ressources humaines, la sécurité des patients et les résultats organisationnels. Le travail de deux de ses anciennes étudiantes, Linda McGillis Hall et Gail Tomblin Murphy, par exemple, attire maintenant l'attention mondiale à cause des façons dont elles aident à orienter les décisions opérationnelles sur les modèles de prestation des soins et la composition des effectifs à l'échelon organisationnel, les pratiques d'embauche et de déploiement, ainsi que la planification des ressources humaines de la santé et les politiques des échelons local à international. Tous ces résultats interdépendants ont été réalisés à la suite d'investissements stratégiques fédéraux dans les sciences infirmières.

parent à la retraite et qu'il faut continuer d'investir pour éviter de nuire au talent et à la capacité des infirmières chercheuses, dont les efforts commencent à porter fruit partout au Canada.

Il faut aussi investir pour aider à interpréter, diffuser et appliquer les résultats de recherche et les innovations de façon à moderniser les effectifs infirmiers, améliorer les services de prestation des soins et aider à prendre des décisions importantes aux niveaux de l'organisation et du système.

Les infirmières ont mis au point des technologies et des services innovateurs qui ont amélioré le traitement des maladies et réduit les coûts des services de santé. Par exemple :

- **Télesanté** – Afin d'implanter des services de télesanté à Moncton NB, Lois Scott, infirmière, a mis sur pied un service téléphonique de conseil qui a maintenant une envergure nationale. Les services d'information et de conseil sur la santé fournis 24 heures par jour par des infirmières autorisées dans toutes les régions du Canada ont réduit de jusqu'à 32 % le nombre des visites non urgentes dans les services d'urgence²¹.
- **Résultats pour les patients** – La mise en œuvre, en Ontario, d'un guide de pratiques exemplaires, dirigé par les infirmières, qui porte sur le traitement des plaies a entraîné une réduction de 66 % des coûts comparativement aux soins communautaires habituels et de 33 à 57 % du nombre des infections et des amputations des membres inférieurs²².
- **Accès amélioré** – Les recherches approfondies de M^{me} Alba DiCenso sur la mise en service et l'évaluation des rôles des IP ont produit les éléments de preuve nécessaires pour appuyer l'intégration sécuritaire et efficace des IP dans toutes sortes de contextes cliniques et ont eu des répercussions sur la législation et la réglementation dans toutes les régions du Canada. Les IP en soins primaires ont permis de réduire les temps d'attente et ont amélioré l'accès aux soins au Canada²³.
- **Promotion de la santé** – Le travail effectué par la M^{me} Elizabeth Saewyc sur des enjeux des jeunes et l'enquête panprovinciale menée sur la santé des adolescents en Colombie-Britannique ont aidé à déterminer l'âge approprié auquel administrer le vaccin contre le virus du papillome humain (VPH). Le solliciteur général de la Colombie-Britannique a utilisé de l'information sur les tendances au calage chez les jeunes pour modifier les lois régissant l'alcool et les fausses pièces d'identité.

Par les nombreux rôles qu'elles jouent dans le continuum des soins, les infirmières sont bien placées pour innover et aider ainsi à orienter la transformation du système de santé. Elles ont toutefois besoin d'aide. Le financement frais continue à faire avancer la science infirmière qui améliorerait la santé du Canada, la productivité et sa prospérité en renforçant l'éducation, les innovations et les pratiques factuelles chez ceux qui dispensent le gros des services de santé. Pour suivre le rythme dans un monde de progrès technologique, de contraintes financières, de démographie en pleine évolution et de besoins en santé de la population, les infirmières comptent sur les infirmières chercheuses pour qu'elles produisent des éléments probants afin d'appuyer l'amélioration continue de la pratique clinique et de la prestation des services. L'approbation d'un programme de financement fédéral d'une durée de 10 ans garantira que les infirmières du Canada soient à la fine pointe et continuent de présenter des solutions innovatrices pour un système de santé robuste et capable d'offrir des soins de santé améliorés.

DES SOLUTIONS QUI IMPORTENT – DES SOLUTIONS DURABLES

Dans le contexte de son mandat qui est d'améliorer la santé des Canadiens, le gouvernement fédéral doit tenir compte de l'éventail des programmes et des services de prévention, de traitement et de soins palliatifs qui contribuent collectivement aux résultats pour la santé humaine. L'AIIC et les infirmières autorisées du Canada font la même chose. Les ressources humaines précieuses du pays sont un élément clé national : elles constituent l'intrant le plus coûteux et le plus nécessaire de l'équation de la santé.

Pour être efficaces, viables et accessibles pour tous les Canadiens, les ressources humaines de la santé doivent être modifiées et déployées sur une vaste échelle nationale. Le gouvernement fédéral a un important rôle de leadership à jouer en garantissant que l'assise scientifique sur laquelle reposent les disciplines de la santé soit solide, à jour et innovatrice afin que les professionnels de la santé qui pratiquent en fonction de cette assise de savoir soient employés de façons rentables et productives qui génèrent les meilleurs résultats possibles pour les Canadiens. Les investissements stratégiques en sciences infirmières et en RHS recommandés par l'AIIC amélioreront la santé des Canadiens et rendront notre système de santé viable et plus robuste que jamais.

¹ Statistique Canada. (2009). *Médecin régulier, 2009*. Ottawa : auteur. Disponible à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2010002/article/11260-fra.htm>

² Cowan, M. J., Shapiro, M., Hays, R., Affi, A., Vazirani, S., Rodgers Ward, C. et Eitner, S. (2006). The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *The Journal of Nursing Administration*, 36(2), 79-85.

³ Carter, A. et Chochinov, A. (2007). A systematic review of the impact of nurse practitioners on cost, quality of care, satisfaction and wait times in the emergency department. *Journal canadien de la médecine d'urgence*, 9(4), 286-295.

-
- ⁴ Courtenay, M. et Carey, N. (2006). A review of the impact and effectiveness of nurse-led care in dermatology. *Journal of Clinical Nursing*, 16(1), 122-128.
- ⁵ Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2009). *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*. Ottawa : auteur.
- ⁶ Collins, S. R., Davis, K., Nicholson, J. L., Rustgi, S. D. et Nuzum, R. (2010). *The health insurance provisions of the 2009 congressional health reform bills: Implications for coverage, affordability, and costs*. New York : Le Fonds du Commonwealth. Disponible à <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2010/Jan/Health-Insurance-Provisions.aspx?page=all>
- ⁷ Pohl, J., Hanson, C., Newland, J. et Cronenwette, L. (2010). Analysis & commentary: Unleashing nurse practitioners' potential to deliver primary care and lead teams. *Health Affairs*, 29(5), 900-905.
- ⁸ Dulisse, B., & Cromwell, J. (2008). No harm found when nurse anesthetists work without supervision by physicians. *Health Affairs*, 29(8), 1469-1475.
- ⁹ Whelan, J., Spencer, J., & Rooney, K. (2008). A 'RIPPER' project: Advancing rural inter-professional health education at the University of Tasmania. *Rural and Remote Health*, 8(1017), 1-9. Disponible à http://eprints.utas.edu.au/7746/1/Jess_Whelan_1.pdf
- ¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. (2005) *Facing the facts: The impact of chronic disease in Canada*. Genève : auteur. Disponible à http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/CANADA.pdf
- ¹¹ Mirolla, M. (2004). *The cost of chronic disease in Canada*. Ottawa : Alliance pour la prévention des maladies chroniques du Canada.
- ¹² Conseil canadien de la santé. (2007). *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*. Toronto : auteur. Disponible à <http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2007/outcomes2/HCOCC-332-07-01-FINAL%20WEBFrench.pdf>
- ¹³ Health Affairs. (2009). Reorganizing chronic care delivery [Prologue]. *Health Affairs*, 28(1), 63. Disponible à <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/28/1/63?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=The+U.S.+health+care+delivery+system%2C+historically+built+around+acute+care%2C+needs+to+reshape+itself+to+cope+with+chronic+conditions&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>
- ¹⁴ Patra, J., Popova, S., Rehm, J., Bondy, S., Flint, R. et Giesbrecht, N. (2007). *Economic cost of chronic disease in Canada, 1995-2003*. Rapport préparé pour l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques de l'Ontario et l'Association pour la santé publique de l'Ontario. Disponible à http://www.ocdpa.on.ca/OCDDPA/docs/OCDDPA_EconomicCosts.pdf
- ¹⁵ Statistique Canada. (2006). *Un portrait des aînés au Canada*. Ottawa : auteur. Disponible à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf>
- ¹⁶ Jillings, C. (2008). Nursing the system in chronic disease self-management. *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*. 40(3), 141-143.
- ¹⁷ Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. (2005). Les équipes interdisciplinaires en services de première ligne permettent un contrôle efficace des maladies chroniques. *Données à l'appui pour la qualité* (septembre 2005). Ottawa : auteur. Extrait de http://www.chrsf.ca/mythbusters/html/boost3_f.php
- ¹⁸ Sciamanna, C., Alvarez, K., Miller, J., Gary, T. et Bowen, M. (2006). Attitudes toward nurse practitioner-led chronic disease management to improve outpatient quality of care. *American Journal of Medical Quality*, 21(6), 375-381.
- ¹⁹ Russell, G., Dahrouge, S., Hogg, W., Geneau, R., Muldoon, L et M. Tuna. (2009). Managing chronic disease in Ontario primary care: The impact of organizational factors. *Ann Fam Med*, 7(4):309-18.
- ²⁰ Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. (2010). *Promouvoir des solutions novatrices pour relever les défis des ressources humaines en santé : Rapport du Comité permanent de la santé*. Ottawa : auteur. Extrait le 30 juillet 2010 de <http://www2.parl.gc.ca/content/hoc/Committee/403/HESA/Reports/RP4631326/hesarp06/hesarp06-f.pdf>
- ²¹ Stacey, D., Noorani, H. Z., Fisher, A., Robinson, D., Joyce, J. et Pong, R. W. (2004). Étude clinique et économique du télétriage et enquête auprès des centres d'appels canadiens. *Aperçu technologique n° 13*. Ottawa : Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé.
- ²² Sibbald, R. G. (2007). Wound care best practice in action: A provincially funded initiative. *Wound Care Canada*, 5(1), S7-S9. Disponible à http://www.cawc.net/images/uploads/wcc/5-1-Wound_Care_BP.pdf
- ²³ DiCenso, A. et Matthews, S. (2005, janvier). *Report on the integration of primary health care nurse practitioners into the province of Ontario: Sommaire*. Toronto : ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Disponible à http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/nurseprac03/exec_summ.pdf
