



**Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec**

BILAN ET PERSPECTIVES DE L'OIIQ sur la réforme du système de santé

présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux

26 janvier 1998

Imprimé au Québec
Dépôt légal, 1^{er} trimestre 1998
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89229-223-9

© 1998, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Le reproduction d'extraits de ce document
est autorisée à la condition qu'il soit fait
mention de la provenance

*Note — Conformément à la politique rédactionnelle
de l'OIIQ, le féminin est utilisé sans préjudice et
seulement pour alléger la présentation.*

(Version Internet PDF)

PRÉAMBULE

Au terme du premier plan triennal de la réforme, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié un document intitulé *Le système sociosanitaire québécois bilan et perspectives*. Le présent mémoire expose les perspectives exprimées par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) au moment des consultations du ministre.

L'Ordre favorise une réforme qui minimise les conséquences préjudiciables pour les malades et qui préserve les valeurs de notre société, notamment au plan de l'équité d'accès aux soins. C'est dans cet esprit que les infirmières, qui sont des partenaires efficaces de cette restructuration, ont répondu positivement au virage ambulatoire, malgré le fait que la réduction des lits d'hôpitaux engendrait un impact important pour elles. Le défi de la réforme s'avérait stimulant pour les infirmières qui sont les expertes du développement des services à domicile et de la coordination des soins avant et après l'hospitalisation. L'Ordre a été en mesure de constater l'engagement proactif des infirmières dans la réforme, notamment à travers les activités suivantes :

- ▶ la publication d'un répertoire annuel d'initiatives infirmières par région pour promouvoir le maillage;
- ▶ les projets soumis au concours régional et provincial de l'Ordre pour favoriser l'innovation clinique;
- ▶ la promotion du suivi systématique de clientèles à travers un programme d'activités (guide d'implantation, bilan, congrès, formation) afin d'assurer la diminution de la durée de séjour en centre hospitalier de façon sécuritaire et continue;
- ▶ le soutien aux Conseils des infirmières et infirmiers (CII) (colloques régionaux, formation, bulletin d'information et aide conseil) qui ont des responsabilités légales, eu égard à la qualité des soins;
- ▶ le programme de surveillance de l'exercice dans le cadre du virage ambulatoire dans les secteurs les plus touchés (par exemple : Info-Santé, périnatalité, chirurgie d'un jour, courts-séjours, pratique privée).

Les infirmières, en général, ont contribué de façon significative à la réforme. Le répertoire¹ publié par l'Ordre illustre que les infirmières ont mis de l'avant plusieurs centaines d'initiatives. Celles-ci avaient pour but soit de contribuer à diminuer la durée de séjour à l'hôpital de façon sécuritaire, soit d'augmenter les chirurgies d'un jour, soit de développer des services avant et après l'hospitalisation et d'améliorer la continuité des soins pour le malade et sa famille.

Toutefois, les objectifs de récupération budgétaire, la décroissance brutale du financement, l'incongruence de certaines règles du jeu ainsi que la désorganisation de la prestation des soins infirmiers, à la suite des mises à la retraite et de la supplantation massive, ont des conséquences multiples notamment un frein à l'atteinte de certains objectifs de la réforme. De plus, il y a une fragilisation importante de l'infrastructure de soins infirmiers ainsi que des risques importants aux plans de la qualité des soins et de la sécurité des patients. Enfin, les conditions difficiles d'intégration des jeunes infirmières ainsi que la lente adaptation des programmes de formation aux besoins des milieux, tant au niveau collégial qu'au niveau universitaire, auront des effets à moyen et à long terme sur la profession.

L'Ordre ne prétend pas décrire de façon exhaustive l'état de la situation après trois années de réforme et de compressions. À partir du document publié par le Ministère dans le cadre des consultations et à l'aide des statistiques les plus récentes sur le système de santé québécois, il illustre à l'annexe 1 certains indicateurs qui concernent plus particulièrement l'évolution des soins infirmiers offerts à la population. De plus, l'Ordre a choisi de faire valoir les préoccupations soulevées par les infirmières, notamment lors d'un sondage, puis dans le cours des activités de la Direction de la qualité de l'exercice ainsi que des nombreux contacts de l'Ordre avec les infirmières de toutes les régions durant l'année 1997. Les infirmières témoignent d'un accroissement de faits inquiétants en regard de la continuité et de la sécurité des soins et de l'insuffisance des mesures en place pour favoriser l'efficacité des soins. L'Ordre abordera plus particulièrement les rubriques suivantes :

- ▶ la hausse de l'intensité des soins hospitaliers;
- ▶ la protection des clientèles vulnérables;
- ▶ l'accessibilité aux soins à domicile;

- ▶ la consolidation d'Info-Santé;
- ▶ l'amélioration de l'efficacité des soins en première ligne;
- ▶ la coordination régionale : une solution pour la continuité des soins;
- ▶ la consolidation des instances consultatives infirmières;
- ▶ les besoins de formation.

1. LA HAUSSE DE L'INTENSITÉ DES SOINS HOSPITALIERS

Le virage ambulatoire s'appuie sur une réingénierie des processus de soins et du suivi des malades. Les objectifs poursuivis à l'échelle du système sont notamment de rendre la technologie de pointe disponible (diagnostique, chirurgicale, pharmacologique, etc.), de diminuer les lits et le séjour à l'hôpital et de développer des solutions de rechange à l'hospitalisation. À titre d'exemple, le ratio des lits de soins aigus est passé de 4,5 par 1 000 de population en 1992 à 2,5 en 1997. Cette diminution n'est pas terminée car, en santé physique, le Ministère vise la cible de 2 lits par 1 000 habitants pour l'an 2000. Cette restructuration engendre des effets multiples qui touchent de façon majeure l'organisation des services cliniques.

Parmi ces effets on constate une évolution des caractéristiques de la clientèle hospitalisée qui est maintenant composée de malades plus âgés et en phase aiguë. Leur état de santé est cliniquement instable, voire critique, au moment de leur hospitalisation. Pour illustrer ceci, le nombre d'hospitalisations des personnes ayant 65 ans ou plus est passé de 255 à 273 pour 1 000 alors que celui des moins de 65 ans a baissé de 83 à 75. De plus, le séjour moyen des personnes ayant 65 ans ou plus est passé de 14,6 à 11,8 entre 1990 et 1996. Celui des personnes ayant moins de 65 ans est passé de 6,6 à 5,5².

D'autres facteurs contribuent à augmenter la complexité des soins et exigent une réponse plus adaptée de la part du personnel soignant. Mentionnons les caractéristiques culturelles et socio-économiques de la population, la chronicité de certaines maladies, le fait que plusieurs personnes hospitalisées présentent des problèmes cognitifs et fonctionnels en plus de la maladie à traiter et la disponibilité plus ou moins grande de l'entourage pour jouer le rôle d'aidant naturel.

Dans le même ordre d'idées, la documentation nord-américaine a démontré que le recours à la technologie de pointe contribue à la hausse de la complexité des soins et que la baisse de la durée de séjour augmente l'intensité des soins par jour³.

Pour sa part, l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ)⁴ considère que la budgétisation des établissements devrait inclure des critères sur la nature et la complexité de la clientèle. Elle constate que dans les secteurs de soins infirmiers, les analyses de la performance visent essentiellement la minimisation des coûts par jour-présence. Dans un tel cadre de gestion, la pertinence des services pour un patient donné en fonction de résultats cliniques à atteindre ne reçoit pas toute l'attention nécessaire.

Enfin, l'économie générée par les coupures de lits n'est pas nette puisque, pour les lits qui restent, le coût par jour devient plus élevé, notamment à cause de la hausse du taux de roulement, de l'intensité des soins infirmiers, de la concentration des traitements dans un temps plus court et des caractéristiques des patients traités.

Au Québec, le lien entre le pourcentage d'infirmières et la complexité des soins ne semble pas être pris en considération. En effet, on nous rapporte que certains hôpitaux qui ont diminué le nombre de lits et la durée de séjour de façon sécuritaire pour des clientèles ciblées sont considérés comme non performants parce qu'ils expérimentent un coût par jour plus élevé pour ces clientèles. Ceci place les infirmières dans une situation où elles doivent constamment justifier l'augmentation des heures-soins, malgré le fait que l'intensité des soins par jour-présence soit plus grande. Par conséquent, la gestion en fonction d'indicateurs comme le coût par jour-présence entraîne des choix qui peuvent nuire à la qualité des soins hospitaliers, contribuer à un alourdissement des clientèles des CLSC et générer des coûts personnels élevés pour les malades ainsi que des coûts sociaux importants.

En somme, dans plusieurs cas les indicateurs budgétaires ne sont pas compatibles avec les indicateurs de qualité pour l'atteinte des meilleurs résultats pour la clientèle. D'ailleurs, l'AHQ considère qu'un effort de concertation provinciale est nécessaire pour établir une nouvelle base d'allocation des ressources en fonction du niveau de complexité des soins pour la clientèle ambulatoire, la clientèle psychiatrique, les patients recevant des services de réadaptation et pour les personnes âgées en perte d'autonomie (mesure d'intensité des soins infirmiers requis).

L'Ordre propose que le Ministère et les régies s'assurent d'une plus grande congruence entre les objectifs de la réforme et le mode de financement des établissements et qu'ils incitent les gestionnaires d'hôpitaux à développer et à monitorer à court terme des indicateurs budgétaires basés sur le coût par admission et les résultats pour la clientèle, afin de favoriser la poursuite d'objectifs d'efficacité et d'introduire une imputabilité plus grande au regard des coûts hospitaliers et extra-hospitaliers et des résultats de soins.

De plus, la diminution du nombre de lits dans le cadre de la réforme a entraîné des compressions budgétaires sur les soins infirmiers qui ont été ciblés comme un intrant à couper. À partir des chiffres du bilan du Ministère⁵, nous avons pu estimer à 325 millions \$ l'effort budgétaire des soins infirmiers dans les hôpitaux.

Les compressions budgétaires et la recherche aveugle d'une amélioration de la performance entraînent des effets qui peuvent être néfastes sur le plan clinique. Car, passé un certain seuil, la baisse des heures-soins et la diminution des pourcentages d'infirmières sur le total du personnel soignant entraînent des coûts de non-qualité et des conséquences négatives pour les malades, telles des recours à l'urgence et des réadmissions évitables; sans compter les risques, les inconvénients et les coûts pour les familles et pour le système de soins. À cet égard, des études nord-américaines démontrent un lien entre un faible pourcentage d'infirmières et une hausse des complications évitables (les pneumonies, les plaies de lit, les infections postopératoires, les infections urinaires) (voir à l'annexe 2).

Quant à la baisse des mortalités évitables plusieurs variables y sont corrélées notamment le pourcentage de médecins spécialistes, la disponibilité des technologies de pointe, ainsi que le taux élevé d'infirmières, la qualité de la relation entre les médecins et les infirmières ainsi que l'autonomie, le statut et le degré de contrôle qu'elles peuvent exercer sur leur pratique et sur les ressources nécessaires à l'organisation des soins⁶.

En outre, une étude concernant l'ensemble des données d'hospitalisation de 502 hôpitaux des états de Californie, du Massachussets et de New York, a démontré une très forte relation statistique entre un haut niveau d'infirmières et la capacité à diminuer les durées de séjour⁷.

L'Ordre considère que la composition des équipes de soins doit tenir compte de la complexité des cas hospitalisés et qu'un suivi s'impose aux plans provincial et régional afin que la disponibilité des infirmières soit assurée de façon adéquate en fonction des indicateurs de la complexité des soins des patients hospitalisés.

L'Ordre recommande que des infirmières expertes contribuent au plan provincial à développer de nouveaux indicateurs qui tiennent davantage compte de la complexité des clientèles et des résultats cliniques attendus.

L'Ordre recommande que le monitoring des indicateurs de qualité de soins infirmiers et de résultats-clientèle soit instauré comme un moyen essentiel pour assurer le suivi de la transformation du réseau.

L'Ordre recommande que le Ministère exige la diffusion des indicateurs de qualité des soins des établissements afin d'améliorer la transparence et de rendre l'information disponible au grand public.

Par ailleurs, mentionnons que des gains d'efficience et d'efficacité sont encore possibles dans les hôpitaux grâce à de nouvelles modalités de continuité des soins comme le suivi systématique de clientèles. Dans un contexte où la diminution du séjour de façon sécuritaire et la continuité des soins sont recherchées, le suivi systématique de clientèles constitue une approche efficace. Le *Bilan du suivi systématique de clientèles*⁸ réalisé par l'OIIQ témoigne des efforts de développement de cette approche malgré les compressions actuelles. On constate à l'annexe 3 un développement intéressant mais qui laisse encore place à un grand potentiel d'efficacité à atteindre puisqu'au moment de l'étude seulement 37 établissements l'avaient implanté et 47 planifiaient son implantation à court terme. De plus, seulement 60 types de clientèles pouvaient alors en bénéficier.

Il est clair que les directions cliniques des hôpitaux qui gèrent sous des contraintes structurelles et budgétaires majeures ne disposent pas d'incitatifs favorables au large déploiement de cette approche. Dans certains cas, les infirmières cliniciennes, qui développent cette approche avec les médecins et les autres professionnels, voient même leurs postes de cadres-conseils compromis par les efforts de compressions. Pourtant ce sont celles-là mêmes qui sont les plus aptes à implanter le suivi systématique de clientèles comme en témoigne la compilation des initiatives répertoriées par l'Ordre.

L'Ordre demande au Ministère d'envisager une stratégie provinciale et régionale de soutien au développement du suivi systématique de clientèles comme nouvelle approche clinique plus adaptée aux besoins de la clientèle hospitalisée et susceptible de poursuivre la diminution des séjours hospitaliers de façon sécuritaire. Cette stratégie viserait, notamment:

- à inciter les établissements à embaucher des infirmières cliniciennes;
- à favoriser une concertation régionale ou provinciale pour identifier les clientèles cibles pouvant bénéficier du suivi systématique;
- à accélérer l'élaboration de cheminements critiques par type de clientèle;
- à prioriser l'utilisation de moyens d'information plus moderne pour assurer la diffusion des cheminements critiques existants, notamment à l'aide de l'infiroute de la santé.

2. LA PROTECTION DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

Les personnes âgées en perte d'autonomie qui se retrouvent à domicile, dans des centres d'hébergement et dans des résidences privées constituent une clientèle extrêmement vulnérable.

La Fédération québécoise des CHSLD estime que plus de 65 % des patients hébergés présentent des problèmes d'orientation et que près de la moitié présente des troubles de comportement. Les personnes qui séjournent dans les centres de longue durée présentent souvent, en plus des problèmes de santé physique :

- des problèmes cognitifs;
- des pathologies psychiatriques;
- des déficiences locomotrices majeures;
- des déficiences sensorielles majeures;
- et des comportements perturbateurs.

À cause du virage ambulatoire, les CHSLD doivent limiter le transfert des résidents dans les hôpitaux et assumer des soins aigus qu'ils ne dispensaient pas auparavant. À titre d'exemple, les CHSLD assurent de plus en plus la dialyse péritonéale, l'administration de la médication cytotoxique, l'antibiothérapie intraveineuse et les soins postopératoires immédiats.

Alors que les besoins de soins de santé sont à la hausse et que les clientèles ne cessent de s'alourdir dans ces établissements, il est devenu courant que plus de 30 % des besoins de soins infirmiers des bénéficiaires ne soient pas comblés. Ce déficit en soins infirmiers n'est pas sans conséquence pour la clientèle et commence à se traduire par une augmentation des contraintes physiques et des chutes ainsi qu'une diminution des mesures de prévention des lésions de pression.

Des statistiques de l'OIIQ portant sur un échantillon de 20 établissements visités en 1995-1996 sont éloquentes à cet égard. En effet, 4,5 % des personnes hébergées ont présenté des lésions de pression au cours de l'année et le taux d'accident causant des blessures était de 39 %. Ces accidents ont même nécessité l'hospitalisation de 52 personnes (voir à l'annexe 7).

En outre, certains de ces établissements ne prévoient plus la présence d'une infirmière sur les quarts de soir et de nuit. Nous pouvons observer dans certains cas des ratios aussi bas qu'une infirmière pour 60 patients le jour et une infirmière pour 200 patients la nuit. Les statistiques du Ministère indiquent une baisse de 300 000 heures d'encadrement dans les directions des soins infirmiers (entre 1993-1994 et 1995-1996) en CHSLD.

Les infirmières souscrivent à la philosophie d'un milieu de vie normalisé et sécuritaire pour cette clientèle. L'Ordre a même organisé un colloque sur cette question en 1997. Cependant, cela ne doit pas se faire aux dépens de la sécurité des bénéficiaires. D'ailleurs, afin de concilier les impératifs d'un milieu de soins à ceux d'un milieu de vie, les CHSLD devraient pouvoir disposer, sur une base territoriale, des services d'infirmières cliniciennes spécialisées en gériatrie.

L'Ordre recommande au Ministère de prévoir l'obligation légale de la présence d'au moins une infirmière responsable par quart de travail et d'encourager une révision de la composition du personnel de soins en CHSLD afin d'augmenter sensiblement la présence d'infirmières-auxiliaires plutôt que de préposés.

L'Ordre recommande également que les établissements aient à leur service une infirmière clinicienne en gérontogériatrie ou qu'ils aient accès à ces services sur une base régionale ou territoriale.

L'Ordre a été informé, à de très nombreuses reprises, de situations illégales et inquiétantes sur le plan de la protection du public. Par exemple, certains établissements de soins de longue durée, de même que des résidences privées, permettent à des éducateurs, des auxiliaires familiales et des préposés aux bénéficiaires de dispenser des soins infirmiers notamment les soins reliés aux plaies de pression, aux ulcères de jambes, aux changements de pansements et à l'entretien des stomies. Certains iront jusqu'à permettre à des préposés aux bénéficiaires d'administrer de l'insuline ou d'autres médicaments.

L'augmentation des résidences privées accentue nos préoccupations. L'Ordre a reçu des appels fréquents de la part d'infirmières de CLSC qui se disent très inquiètes à l'égard des soins donnés dans ces résidences. La qualité des soins s'y détériore et va souvent à l'encontre des règles de pratique en soins infirmiers. D'ailleurs 7 résidences sur 20 visitées par l'OIIQ ont fait l'objet d'un signalement aux régies régionales en 1997.

En ce qui a trait aux soins à domicile, la situation est similaire impliquant fréquemment la dispensation des soins infirmiers par des intervenants non professionnels et non qualifiés. Cet état de fait a pris des proportions inquiétantes et risque de se développer de façon anarchique et incontrôlable et d'entraîner des préjudices à la population.

Les CLSC n'ayant pas les ressources suffisantes pour satisfaire à toute la demande de services, réfèrent de plus en plus souvent les usagers à des agences privées ou à des entreprises d'économie sociale pour la prestation de soins et services par des auxiliaires familiales. Dans ces cas, les CLSC ne contrôlent pas directement la qualité des soins et services.

En vertu de l'exception prévue à l'article 41 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, des personnes prétendent avoir le droit de donner des soins en qualité de domestique, de dame de compagnie, de bonne d'enfants ou d'aide domestique. Par ailleurs, cette exception permet d'exercer toutes les activités comprises dans le champ d'exercice de la profession d'infirmière, sans aucune formation et sans aucun encadrement.

Rappelons que l'exception de l'article 41 a été adoptée en 1974 pour répondre à des situations particulières et peu répandues. Dans le contexte actuel du virage ambulatoire, les soins à domicile ou dans le milieu de vie substitut n'étant plus une exception, il est urgent de corriger la situation en modifiant l'article 41 afin de réduire la portée de l'exception qui y est prévue tout en permettant à d'autres catégories de personnes de poser des actes infirmiers.

Dès décembre 96, l'Ordre a saisi le ministre de cette question d'autant plus préoccupante que le développement de l'économie sociale préconisé par le gouvernement priorise l'émergence d'entreprises d'aide domestique. Nous avons également soumis à l'Office des professions du Québec un projet de modification à l'article 41 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, pour restreindre la portée de l'exception énoncée au dernier alinéa de cet article à la dispensation de

soins par les membres de la famille : l'expression «membre de la famille» est définie dans ce projet comme suit : «Toute personne liée à l'usager par le sang, le mariage ou l'adoption, le conjoint de fait de l'usager et s'entend également de toute personne qui serait apparentée à l'usager si celui-ci était marié avec son conjoint de fait. Est aussi considérée comme un membre de la famille, toute personne proche de l'usager qui lui manifeste un intérêt particulier et qui remplit le même rôle qu'un membre de la famille».

Nous avons par ailleurs reçu des demandes pressantes d'autoriser des actes infirmiers de la part de divers organismes, notamment de la Fédération des CLSC et de l'Association des auxiliaires familiales et sociales, afin de régulariser cette situation.

L'Ordre aurait été prêt à adopter un règlement d'autorisation d'actes pour cette catégorie de personnes mais certains problèmes d'ordre technique sont un frein à une opérationnalisation rapide. L'Ordre travaille actuellement à la recherche de solutions appropriées qui seraient acceptables tant dans le secteur de l'économie sociale que dans le réseau de la santé. Il est impératif que le ministre reconnaisse ce problème en termes de protection du public et qu'il nous soutienne dans nos démarches.

L'Ordre recommande que le ministre appuie formellement la demande d'amendement à l'article 41 de la <i>Loi sur les infirmières et les infirmiers</i> et qu'il soutienne l'Ordre dans ses démarches de recherche de solutions appropriées pour les aides domestiques et auxiliaires familiales.
--

3. L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS À DOMICILE

Contrairement aux promesses qui avaient été faites dès le début de la réforme, les investissements majeurs promis en CLSC pour assurer les soins infirmiers à domicile n'ont pas été réalisés. En effet, l'effort budgétaire de 325 millions \$ dans les hôpitaux a été compensé par l'investissement de seulement 5 millions \$ pour les soins infirmiers à domicile dans les CLSC, entre 1993-1994 et 1995-1996. Cet investissement correspond à une hausse de 5 % des heures en soins infirmiers à domicile au cours de cette période ce qui est bien en deçà de l'ajout d'une infirmière par CLSC pour compenser par des soins infirmiers postopératoires tous les soins infirmiers coupés en centre hospitalier.

Les infirmières des CLSC témoignent d'une hausse importante du volume d'activités de soins ponctuels au détriment des clientèles chroniques. Ce constat corroboré par la Fédération des CLSC, dans un article récent sur le sujet⁹. Parmi les autres difficultés rencontrées, on note un retard à transférer des ressources et un problème de disponibilité de la formation d'appoint pour les intervenants qui viennent d'autres milieux, notamment dans le domaine de la santé mentale.

D'autre part, l'impact du virage ambulatoire sur les aidants naturels et sur les familles est loin d'être négligeable. En effet, ceux-ci doivent assumer un fardeau important. Plusieurs de ces familles vivent sous le seuil de la pauvreté; d'autres doivent quitter leur travail pour prendre soin d'un proche ou adapter leur horaire, ou encore prendre des jours sans solde pour jouer ce rôle auquel ils ne sont aucunement préparés. Au Québec, une étude récente sur les personnes âgées en perte d'autonomie indique que la majorité des besoins des personnes âgées à domicile est comblée par l'entourage (70 % pour les soins infirmiers et d'assistance, 58 % pour le soutien, 77 % pour la surveillance)¹⁰.

L'Ordre recommande que le Ministère soutienne des études d'impact socioéconomique sur les aidants naturels et qu'il ouvre un débat public sur la privatisation croissante.

La désassurance des soins infirmiers fait l'objet de vives inquiétudes de la part de l'Ordre dans la mesure où les fermetures d'hôpitaux limitent l'accessibilité à ces soins et dans la mesure où l'équité est mise en cause lorsque les soins sont dispensés à domicile. Il est clair que le virage ambulatoire ne peut compenser à lui seul les coupures et les efforts budgétaires de 1,9 milliard \$ sur trois ans qui représentent 15 % des crédits. Le régime d'assurance-médicaments constitue un modèle à suivre pour rendre un service accessible dans les milieux ambulatoires.

L'accès aux services des infirmières dans le système de santé au Québec est en voie d'être désassuré. Cette situation atteint un point tel que nous pouvons nous demander quelle part des soins infirmiers fera encore partie du panier de services assurés au terme des réformes québécoises.

Tant au Québec que dans le reste du Canada, les gouvernements ne sont pas tenus d'offrir gratuitement des soins infirmiers ailleurs que dans les centres hospitaliers, ni à d'autres bénéficiaires que les patients hospitalisés. Lorsque la personne n'est pas hospitalisée, les soins infirmiers deviennent des «services complémentaires» au sens de la *Loi canadienne sur la santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* du Québec. Ces lois ne sont pas du tout adaptées au virage ambulatoire, ni à la désinstitutionnalisation.

L'Ordre recommande au ministre de garantir que l'accès aux infirmières à domicile constitue un service public assuré afin de favoriser l'équité sociale et l'accessibilité aux services de santé.

4. LA CONSOLIDATION DES INSTANCES CONSULTATIVES INFIRMIÈRES

Les conseils des infirmières et infirmiers (CII) qui sont prévus par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, entre autres pour assurer la qualité des soins, sont davantage dépourvus de moyens à la suite de la fusion d'établissements. Ceci est d'autant plus préoccupant notamment dans les cas de fusion multivocationnelle (CH-CLSC-CHSLD) ainsi que dans le cas où les postes de cadres responsables de la qualité des soins ont été abolis.

À titre d'exemple, des données de la Direction de la qualité de l'exercice de l'Ordre indiquent que l'exécutif du CII est formé dans seulement 51 % des CHSLD. Seulement le tiers d'entre eux a un fonctionnement considéré comme satisfaisant. Les infirmières expliquent les difficultés de fonctionnement du CII par le manque de disponibilité qu'elles ont pour jouer ce rôle. En outre, les compressions budgétaires et l'instabilité causée par les fermetures de lits et les fusions d'établissements contribuent à la problématique.

Alors que les CII peuvent contribuer à la recherche de solutions pour les clientèles, leur manque de moyens est très préoccupant. Dans le cas des CHSLD, il faut ajouter que la présence médicale est très faible et que, seul le CII pourrait jouer un rôle d'aviseur au conseil d'administration pour assurer la sécurité et la protection de la clientèle.

Par ailleurs, considérant l'ampleur de la régionalisation et à la suite d'une résolution de l'assemblée générale annuelle des infirmières en 1996, l'Ordre a soutenu certaines initiatives visant à instaurer des regroupements régionaux de CII. À l'heure actuelle 75 % des régions ont constitué un regroupement des CII, les autres étant en cours de réalisation.

De plus, au moins deux régies régionales (Laurentides et Lanaudière) ont donné un accord de principe aux demandes de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière, en concertation avec plusieurs regroupements d'infirmières de la région à l'effet de constituer une commission infirmière régionale.

Enfin, sur le plan provincial, contrairement à d'autres provinces, il est pour le moins surprenant que le Ministère n'ait aucun mécanisme formel et statutaire de consultation de la profession infirmière. D'ailleurs, avec un tel mécanisme, l'Ordre aurait pu collaborer avec le Ministère pour identifier les secteurs cliniques vulnérables lors de la mise à la retraite massive.

L'Ordre recommande que les établissements soient tenus de prévoir une banque de journées rémunérées pour permettre aux exécutifs des CII de remplir leur mandat tel que prévu par la loi.

L'Ordre recommande qu'une commission infirmière régionale soit constituée en concertation avec les principales instances infirmières notamment le regroupement régional des CII. À l'instar de la commission médicale régionale, la commission infirmière régionale doit disposer d'un siège au conseil d'administration de la régie régionale.

L'Ordre recommande la création d'un comité d'infirmières pour conseiller le ministre, à l'instar du Conseil médical du Québec.

5. L'AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ DES SOINS EN PREMIÈRE LIGNE

L'utilisation plus efficace de la première ligne est un des éléments critiques de la réforme en cours, notamment l'accessibilité préférentielle aux CLSC, plutôt qu'aux hôpitaux, aux médecins généralistes plutôt qu'aux spécialistes. L'introduction des sages-femmes et des infirmières cliniciennes de première ligne pourrait venir compléter la stratégie amorcée par le MSSS. Celle des sages-femmes a déjà connu l'aval du ministre. Quant à l'introduction des infirmières cliniciennes de première ligne, qui a fait l'objet d'études nord-américaines, l'Ordre qui a déjà étudié la question (annexe 5) considère que le MSSS devrait l'évaluer au plan de son efficacité potentielle en première ligne¹¹.

Au plan des coûts, selon Manga et Campbell¹², une meilleure complémentarité omnipraticiens-infirmières permettrait une diminution de 12 % des coûts de la première ligne, soit au Québec, une économie qui se situe entre 120 et 240 millions \$.

Par ailleurs, l'utilisation plus efficace des infirmières qui oeuvrent déjà en première ligne constituerait un pas dans la bonne direction¹³. Pourtant, au cours des deux dernières années, les infirmières de CLSC ont fait l'objet de mesures de pression de la FMOQ qui préconise un retrait ou un recul de certains programmes. Les motifs invoqués par la FMOQ sont des arguments juridiques d'exercice illégal ou de responsabilité professionnelle. Par ailleurs, dans les zones urbaines, la rémunération des médecins en cabinet privé vient sans doute influencer cette position. A cet égard, un récent article relate la question de la vaccination qui constitue un exemple parmi d'autres (voir annexe 6).

Au plan clinique, l'utilisation plus efficace des infirmières signifie une consolidation des services infirmiers de première ligne notamment :

- accueil, évaluation et référence;
- cliniques de soins infirmiers sans rendez-vous;
- immunisation électorale;

- ▶ Info-Santé (développement de la référence);
- ▶ suivi infirmier de cohortes pour le maintien à domicile des personnes âgées, des malades chroniques et des malades en phase terminale;
- ▶ suivi et coordination des services pour les clientèles à risque, selon *La politique de la santé et du bien-être*.

Par ailleurs, la pratique infirmière en région éloignée qui est une des composantes essentielles aux services de première ligne au Québec demeure une réalité trop souvent ignorée. L'infirmière en dispensaire est souvent la seule intervenante accessible en tout temps pour assurer des services préventifs et curatifs en première ligne. Contrairement à d'autres provinces telles Terre-Neuve, l'Ontario, l'Alberta, et la Colombie-Britannique, le Québec n'a pas encore mis en place les préalables, les incitatifs et les mesures législatives afin de légaliser leur statut et d'assurer des conditions favorables à la pratique des infirmières en région éloignée. L'Ordre a déjà travaillé à un programme de formation sur mesure pour cette catégorie d'infirmières.

L'Ordre recommande la reconnaissance légale de la pratique des infirmières cliniciennes de première ligne à l'instar de la pratique des sages-femmes.

L'Ordre recommande au ministre de reconnaître la pratique infirmière en régions éloignées et d'instituer un comité multipartite pour travailler à une légalisation de cette pratique.

6. LA COORDINATION RÉGIONALE : UNE SOLUTION POUR LA CONTINUITÉ DES SOINS

Avec le virage ambulatoire et la diminution du temps de séjour, de plus en plus de personnes se retrouvent à domicile avec des problèmes complexes de santé et des besoins en soins infirmiers diversifiés et nécessitant une expertise particulière.

Les clientèles visées par les soins à domicile varient selon qu'elles nécessitent des interventions complexes de soins. Pensons entre autres :

- ▶ aux personnes âgées ayant des problèmes cognitifs ;
- ▶ aux personnes présentant des problèmes de santé mentale;
- ▶ aux personnes nécessitant des soins palliatifs;
- ▶ aux personnes vivant seules et ayant subi une chirurgie ou ayant des problèmes de santé graves et nécessitant des soins et traitements spécialisés tels la dialyse rénale, l'alimentation parentérale, l'antibiothérapie, les soins de plaie;
- ▶ aux personnes atteintes de cancer et nécessitant des soins oncologiques comme des traitements de chimiothérapie;
- ▶ aux personnes nécessitant des soins respiratoires comme l'oxygénothérapie;
- ▶ aux personnes atteintes du le VIH ou du sida.

Les personnes atteintes du cancer pourraient bénéficier de traitements sur une base ambulatoire plus efficaces. Rappelons que l'âge moyen de celles-ci est souvent élevé tout comme l'âge du conjoint. Les personnes cancéreuses et leur entourage connaissent plusieurs problèmes dont la multiplicité des médecins à consulter, habituellement des spécialistes, et des thérapies à subir, le caractère aléatoire des résultats de leurs traitements, le manque d'information, la douleur, le stress, l'angoisse et les effets secondaires de la médication massive. Il faut rechercher des réponses plus satisfaisantes pour cette clientèle et une intégration de services efficace pour le système de soins car l'intégration des soins est un facteur important de contrôle des coûts¹⁴.

Peu de CLSC ont structuré leurs services de soins à domicile par clientèle. L'organisation des soins à domicile s'appuie encore dans la majorité des cas sur une liste de procédures de soins à dispenser à des groupes non-différenciés. Des études sur le sujet ont mené au constat suivant : il est plus efficace (moins coûteux) d'offrir un programme de soins adapté aux malades chroniques dans la communauté dès le début de leur maladie que de répondre à leur demande de services à la pièce¹⁵. Par ailleurs, au Québec, le Comité de la santé mentale du Québec propose le suivi systématique dans la communauté comme mode de soins des clientèles ayant des problèmes de santé mentale.

Pour l'Ordre, une stratégie régionale de soutien du suivi systématique interétablissements pour les clientèles ayant des problèmes chroniques ou récidivants sur une base ambulatoire notamment en santé mentale constitue une solution efficace tant sur le plan clinique que sur le plan des coûts¹⁶.

L'ensemble des services et soins à domicile nécessite des mécanismes de collaboration très étroits entre l'infirmière, le travailleur social, le pharmacien, le médecin et d'autres professionnels pour assurer la continuité et pour offrir la meilleure réponse possible aux besoins des clientèles. L'articulation du plan de soins après la sortie de l'hôpital peut s'avérer difficile pour les infirmières en terme d'ajustement thérapeutique surtout si le médecin traitant du patient demeure celui de l'hôpital. De surcroît, de nombreuses personnes malades reçoivent leur congé de l'hôpital sans aucun suivi planifié.

La continuité des soins et services ainsi que la coordination régionale de ces services sont loin d'être intégrées dans le système de santé actuellement. La fonction d'infirmière de liaison est un mécanisme qui ne peut plus suffire pour répondre à certains soins spécialisés sur une base ambulatoire. Dans la région de Lanaudière, par exemple, une infirmière clinicienne spécialisée du Centre hospitalier régional de Lanaudière est de garde pour conseiller les infirmières de CLSC. Chaque établissement que ce soit un CLSC, un centre hospitalier ou un centre d'hébergement et de soins de longue durée n'a pas nécessairement à sa disponibilité les services d'une infirmière clinicienne spécialisée.

Plusieurs éléments plaident en faveur du développement d'une coordination régionale des soins infirmiers avec le département de médecine générale :

- ▶ les médecins des cabinets privés ont besoin de référer à une infirmière experte pour une évaluation complémentaire et une coordination de la prise en charge. Par exemple : au CLSC-Métro, une infirmière clinicienne spécialisée évalue les personnes souffrant d'Alzheimer référées par les cabinets privés;
- ▶ les besoins d'assurer une vigilance épidémiologique, de développer un réseau de surveillance des infections nosocomiales à domicile et d'élaborer des protocoles de soins en ce sens;
- ▶ la coordination de la référence à des infirmières expertes formées pour une disponibilité régionale, exemple : projet de formation d'infirmières expertes en sida développé par le Centre québécois de coordination sur le sida.

Pour l'Ordre, une coordination régionale ou territoriale d'infirmières expertes s'avère de plus en plus nécessaire pour assurer la continuité des soins spécialisés, ponctuels et de longue durée, notamment auprès des personnes âgées ou ayant des problèmes chroniques.

L'Ordre recommande la création d'une instance de coordination régionale de soins infirmiers qui travaillerait de concert avec le futur département régional de médecine générale afin notamment de soutenir le déploiement du suivi systématique de clientèles.

7. LA CONSOLIDATION D'INFO-SANTÉ

Au cours de l'année 1997, Info-Santé a donné lieu à une campagne de promotion de la part du MSSS. C'est un exemple d'une nouvelle forme d'accessibilité au système à la fois très économique et efficace. La population est très satisfaite (99 %). De plus, 78,5 % de ceux qui utilisent Info-Santé ont évité la consommation des services médicaux dont :

- ▶ 31 % à l'urgence;
- ▶ 8 % en clinique externe;
- ▶ 31 % au cabinet privé;
- ▶ 5 % au CLSC (voir annexe 4).

La population veut l'accessibilité. Les gens ne tiennent pas à attendre des heures à l'urgence avec leur enfant malade. Info-Santé a fait la preuve que la population est flexible et capable de s'adapter. Cependant trois problématiques sont rencontrées : le service est plafonné, il y a un problème d'organisation professionnelle et il y a un problème de financement.

En effet, Info-Santé, qui vient à peine d'être implanté, connaît déjà un essoufflement voire une certaine érosion. L'Association des infirmières en Info-Santé lors de leur congrès des 24 et 25 avril 1997 mentionnait certains éléments qui suscitaient des inquiétudes :

- ▶ diminution du temps de consultation;
- ▶ annulation du «follow-up» téléphonique;
- ▶ manque de disponibilité de personnel qualifié (à la suite de transferts, mises à la retraite);
- ▶ débordement des lignes téléphoniques (pertes d'appels).

Plus récemment les activités d'inspection professionnelle réalisées par l'Ordre au cours de l'année 1997 dans 28 services d'Info-Santé dont treize centrales et 15 services opérant sur une base locale, ont confirmé ces constats. Les principales problématiques rencontrées, particulièrement le jour, sont le cumul de fonctions, la diminution de l'accessibilité et l'interférence de certaines fonctions (accueil des patients dans l'établissement, liaison avec les centres hospitaliers, clinique sans rendez-vous) lorsqu'il y a un achalandage trop grand, le recours à une boîte vocale et la réponse à un appel avec des délais pouvant atteindre jusqu'à trois heures. Les infirmières éprouvent parfois de la difficulté à retourner les appels si les coordonnées de la personne sont incomplètes. De plus, l'utilisation de la boîte vocale ne permet pas aux individus qui le souhaiteraient de garder l'anonymat.

Par ailleurs, les principaux facteurs de la consolidation du service d'Info-Santé sont notamment :

- ▶ le fait qu'il y ait une masse critique d'infirmières pour assurer le service;
- ▶ l'ajout de fonctions de soins de santé connexes comme les services 24/7 pour la clientèle des soins à domicile, la télésurveillance, l'Info-MTS, le dépistage de problèmes de santé publique, le guichet unique pour les personnes âgées, etc.;
- ▶ l'existence de critères d'embauche pour le recrutement d'infirmières expérimentées;
- ▶ la stabilité des personnes qui occupent cette fonction;
- ▶ l'orientation à la fonction des nouvelles recrues;
- ▶ les activités de formation en cours d'emploi;
- ▶ l'évaluation continue de la qualité.

Il est plus difficile de rencontrer ces critères au niveau local. Ces facteurs plaident en faveur d'une coordination régionale pour favoriser une organisation clinique satisfaisante. Les infirmières d'un point de service particulier pourraient être rattachées à une organisation régionale, notamment pour assurer une vigilance épidémiologique, répondre aux interrogations touchant les nouveaux

développements, entre autres, dans le domaine de la chirurgie et identifier les besoins pour la mise à jour et l'élaboration des protocoles infirmiers. Ces instances régionales travailleraient en lien avec l'organisation provinciale en place, soit le comité clinique Info-Santé CLSC. Dans ce contexte, ne serait-il pas important de mettre en place les incitatifs pour faire d'Info-Santé la plaque tournante de la première ligne et du virage ambulatoire, d'établir le lien entre Info-Santé et le système de garde médicale régionale et de développer à partir d'Info-Santé des services d'infirmières ou de médecins pour des visites à domicile ?

Le Ministère a fait une campagne de promotion du service d'Info-Santé, ce qui engendre une hausse de l'achalandage; d'un autre côté, le service n'est pas suffisamment financé. Ceci contribue à certains des problèmes déjà identifiés. Les CLSC sont déjà sous-financés, débordés par les soins à domicile et le virage ambulatoire. Le difficile arbitrage entre Info-Santé et les autres services est déjà commencé.

Au-delà du strict problème du niveau de financement, il y a le problème systémique des enveloppes budgétaires qui obéissent à des incitatifs différents, car les économies générées par Info-Santé, en éliminant des services médicaux non nécessaires de l'ordre de 100 millions, ne sont pas défalquées de l'enveloppe de la RAMQ pour assurer le développement du service Info-Santé ou d'autres services tout aussi efficaces. C'est le problème des différents régimes d'assurances qui constituent des enveloppes séparées. Pour les administrateurs des CLSC, l'infirmière au téléphone, c'est une dépense, alors que les médecins sont gratuits. Pourrions-nous protéger le budget d'Info-Santé ou mieux encore financer le développement d'Info-Santé à même une enveloppe régionalisée ou une enveloppe de la RAMQ ? Soulignons que le Conseil de la santé et du bien-être a réclamé la fusion et la régionalisation des enveloppes comme une mesure à appliquer dès le début de la réforme¹⁷.

L'Ordre recommande au Ministère de mettre en place les incitatifs pour consolider le service Info-Santé et en faire la plaque tournante de la première ligne et du virage ambulatoire, notamment en favorisant une coordination régionale pour assurer une organisation clinique satisfaisante.

L'Ordre recommande qu'Info-Santé dispose d'une enveloppe monétaire protégée sur une base régionale pour assurer son développement.

L'Ordre recommande que le Ministère maintienne un forum scientifique d'infirmières pour assurer la mise à jour, le développement et la validation des protocoles infirmiers d'Info-Santé.

8. LES BESOINS DE FORMATION

Même si l'information concernant les effectifs en soins infirmiers pour l'année financière 1996-1997 ne sont pas encore disponibles, les quelques chiffres suivants font foi de l'ampleur des bouleversements pour notre profession :

- 9 000 infirmières soignantes ont été directement affectées par des déplacements;
- environ 3 200 infirmières-soignantes ont consenti à prendre leur retraite;
- plus de 600 postes d'infirmières cadres ont été abolis;
- 32,6 % des infirmières sont à temps partiel et 14,9 % sont à temps partiel occasionnel.

Il va sans dire que dans ce contexte l'organisation clinique a aussi été fortement ébranlée et déstabilisée. Le phénomène de supplantation massive a contribué à la désorganisation et peu de souci a été accordé pour assurer une relève compétente. La situation qui prévaut actuellement dans les blocs opératoires est un exemple-type qui convoque à la réflexion.

Les infirmières-chefs des blocs opératoires de la région de Montréal, de la Montérégie de Chicoutimi et de Jonquière, nous rapportent des situations extrêmement difficiles dans ce secteur d'activités. Au départ, une grande partie des hôpitaux ont eut recours aux agences privées de soins pour combler leurs besoins en salle d'opération et pour suppléer au manque créé par la mise à la retraite de nombreuses infirmières ayant une expertise en salle d'opération. Les infirmières ayant quitté le réseau retournaient travailler dans les blocs opératoires via les agences privés de soins. Mais, les infirmières-chefs des blocs opératoires font actuellement face à une directive interdisant aux retraitées de travailler au sein du réseau. Elles doivent donc composer avec des équipes non-expérimentées.

Les infirmières expérimentées qui demeurent en poste doivent non seulement continuer d'assumer leurs fonctions habituelles en salle d'opération, mais elles doivent également consacrer du temps pour orienter les nouvelles recrues et augmenter considérablement le nombre d'heures de garde

qu'elles effectuent. Cette surcharge représente parfois de 8 à 16 heures de garde 2 à 3 fois par semaine notamment dans les régions de Chicoutimi et de Jonquière.

Ajoutons à cet exemple, tous les efforts et argents investis pour former du personnel temporaire, compte tenu des délais à identifier les nouveaux détenteurs de poste.

De surcroît, l'ensemble de cette situation contribue à augmenter :

- les risques pour les malades devant être opérés;
- le risque des accidents de travail (le nombre d'incidents rapportés a augmenté considérablement dans certains centres);
- la charge de travail du personnel en place;
- l'épuisement du personnel des blocs opératoires.

Dans cette perspective, l'Ordre souhaite travailler de concert avec le Ministère et les régies régionales pour évaluer l'envergure des besoins de formation des infirmières et contribuer à un programme provincial de stabilisation et de formation des infirmières, en tant que mesure d'appoint de la réforme en cours.

L'Ordre propose de s'associer au Ministère et aux régies régionales afin d'assurer une formation clinique d'appoint pour les infirmières touchées par la réforme et qu'une enveloppe budgétaire ponctuelle soit prévue à cette fin.
--

Au-delà des programmes de formation d'appoint rendus nécessaires par les nombreux déplacements d'infirmières, l'Ordre ne peut passer sous silence les impératifs d'ajustement des programmes de niveaux collégial et universitaire.

Le passage d'un milieu hospitalier fortement structuré et encadré à des milieux diversifiés exigera des infirmières un large spectre de connaissances cliniques pour répondre aux questions des clientèles, des habiletés pour faire de l'enseignement tant au patient qu'à sa famille et un jugement clinique pour faciliter la référence aux autres professionnels lorsque requis.

D'autre part, plusieurs organismes aviseurs au plan nord-américain (Pew Health Commission, Institute of Medicine), ainsi qu'au Québec un groupe de travail aviseur au ministre, considèrent indispensable et urgent de maintenir et de développer les programmes universitaires de formation.

L'Ordre, et ses principaux partenaires (l'Association des enseignantes et enseignants en soins infirmiers des collèges du Québec et l'Association canadienne des écoles universitaires de nursing, région du Québec) ont convenu, en novembre 1996, de l'importance d'une harmonisation des programmes entre le niveau collégial et universitaire. Plusieurs consortiums collèges-universités travaillent présentement en ce sens.

Concernant la formation collégiale, les finalités du programme qui permettent la maîtrise des soins dans les situations les plus courantes doivent évidemment être maintenues tout en consolidant la capacité de l'infirmière à exercer en dehors du milieu hospitalier, c'est-à-dire en soins à domicile, en milieu de vie, en milieu gériatrique ou en milieu naturel.

L'Ordre a de plus encouragé les instances universitaires à développer dans le cadre du baccalauréat, une concentration clinique permettant un premier pas vers la spécialisation, dans au moins trois secteurs cliniques : santé mentale, soins critiques, santé communautaire et publique.

L'Ordre et les organismes précédemment mentionnés, accompagnés de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), ont eu l'occasion d'exposer au ministre, en janvier 1997, l'importance de voir émerger au Québec des formations universitaires plus spécialisées. L'Ordre regrette qu'un an plus tard, le ministre ne donne pas un appui clair à cette orientation susceptible de soutenir les défis de la réforme du système de santé en cours.

L'Ordre recommande, compte tenu de son propre engagement dans ce dossier, que le ministère de la Santé et des Services sociaux soutienne formellement les instances universitaires dans le développement des programmes de formation en sciences infirmières dans des domaines de spécialisation, notamment en santé mentale, en soins critiques et en santé communautaire et publique.

RECOMMANDATIONS

1. LA HAUSSE DE L'INTENSITÉ DES SOINS HOSPITALIERS

L'Ordre propose que le Ministère et les régies s'assurent d'une plus grande congruence entre les objectifs de la réforme et le mode de financement des établissements et qu'ils incitent les gestionnaires d'hôpitaux à développer et à monitorer à court terme des indicateurs budgétaires basés sur le coût par admission et les résultats pour la clientèle, afin de favoriser la poursuite d'objectifs d'efficacité et d'introduire une imputabilité plus grande au regard des coûts hospitaliers et extra-hospitaliers et des résultats de soins.

L'Ordre considère que la composition des équipes de soins doit tenir compte de la complexité des cas hospitalisés et qu'un suivi s'impose aux plans provincial et régional afin que la disponibilité des infirmières soit assurée de façon adéquate en fonction des indicateurs de la complexité des soins des patients hospitalisés.

L'Ordre recommande que des infirmières expertes contribuent au plan provincial à développer de nouveaux indicateurs qui tiennent davantage compte de la complexité des clientèles et des résultats cliniques attendus.

L'Ordre recommande que le monitoring des indicateurs de qualité de soins infirmiers et de résultats-clientèle soit instauré comme un moyen essentiel pour assurer le suivi de la transformation du réseau.

L'Ordre recommande que le Ministère exige la diffusion des indicateurs de qualité des soins des établissements afin d'améliorer la transparence et de rendre l'information disponible au grand public.

L'Ordre demande au Ministère d'envisager une stratégie provinciale et régionale de soutien au développement du suivi systématique de clientèles comme nouvelle approche clinique plus adaptée aux besoins de la clientèle hospitalisée et susceptible de poursuivre la diminution des séjours hospitaliers de façon sécuritaire. Cette stratégie viserait, notamment:

- à inciter les établissements à embaucher des infirmières cliniciennes;
- à favoriser une concertation régionale ou provinciale pour identifier les clientèles cibles pouvant bénéficier du suivi systématique;
- à accélérer l'élaboration de cheminements critiques par type de clientèle;
- à prioriser l'utilisation de moyens d'information plus moderne pour assurer la diffusion des cheminements critiques existants, notamment à l'aide de l'infiroute de la santé.

2. LA PROTECTION DES CLIENTÈLES VULNÉRABLES

L'Ordre recommande au Ministère de prévoir l'obligation légale de la présence d'au moins une infirmière responsable par quart de travail et d'encourager une révision de la composition du personnel de soins en CHSLD afin d'augmenter sensiblement la présence d'infirmières-auxiliaires plutôt que de préposés.

L'Ordre recommande également que les établissements aient à leur service une infirmière clinicienne en gériatrie ou qu'ils aient accès à ces services sur une base régionale ou territoriale.

L'Ordre recommande que le ministre appuie formellement la demande d'amendement à l'article 41 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et qu'il soutienne l'Ordre dans ses démarches de recherche de solutions appropriées pour les aides domestiques et auxiliaires familiales.

3. L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS À DOMICILE

L'Ordre recommande que le Ministère soutienne des études d'impact socioéconomique sur les aidants naturels et qu'il ouvre un débat public sur la privatisation croissante.

L'Ordre recommande au ministre de garantir que l'accès aux infirmières à domicile constitue un service public assuré afin de favoriser l'équité sociale et l'accessibilité aux services de santé.

4. LA CONSOLIDATION DES INSTANCES CONSULTATIVES INFIRMIÈRES

L'Ordre recommande que les établissements soient tenus de prévoir une banque de journées rémunérées pour permettre aux exécutifs des CII de remplir leur mandat tel que prévu par la loi.

L'Ordre recommande qu'une commission infirmière régionale soit constituée en concertation avec les principales instances infirmières notamment le regroupement régional des CII. À l'instar de la commission médicale régionale, la commission infirmière régionale doit disposer d'un siège au conseil d'administration de la régie régionale.

L'Ordre recommande la création d'un comité d'infirmières pour conseiller le ministre, à l'instar du Conseil médical du Québec.

5. L'AMÉLIORATION DE L'EFFICACITÉ DES SOINS EN PREMIÈRE LIGNE

L'Ordre recommande la reconnaissance légale de la pratique des infirmières cliniciennes de première ligne à l'instar de la pratique des sages-femmes.

L'Ordre recommande au ministre de reconnaître la pratique infirmière en régions éloignées et d'instituer un comité multipartite pour travailler à une légalisation de cette pratique.

6. LA COORDINATION RÉGIONALE : UNE SOLUTION POUR LA CONTINUITÉ DES SOINS

L'Ordre recommande la création d'une instance de coordination régionale de soins infirmiers qui travaillerait de concert avec le futur département régional de médecine générale afin notamment de soutenir le déploiement du suivi systématique de clientèles.

7. LA CONSOLIDATION D'INFO-SANTÉ

L'Ordre recommande au Ministère de mettre en place les incitatifs pour consolider le service Info-Santé et en faire la plaque tournante de la première ligne et du virage ambulatoire, notamment en favorisant une coordination régionale pour assurer une organisation clinique satisfaisante.

L'Ordre recommande qu'Info-Santé dispose d'une enveloppe monétaire protégée sur une base régionale pour assurer son développement.

L'Ordre recommande que le Ministère maintienne un forum scientifique d'infirmières pour assurer la mise à jour, le développement et la validation des protocoles infirmiers d'Info-Santé.

8. LES BESOINS DE FORMATION

L'Ordre propose de s'associer au Ministère et aux régies régionales afin d'assurer une formation clinique d'appoint pour les infirmières touchées par la réforme et qu'une enveloppe budgétaire ponctuelle soit prévue à cette fin.

L'Ordre recommande, compte tenu de son propre engagement dans ce dossier, que le ministère de la Santé et des Services sociaux soutienne formellement les instances universitaires dans le développement des programmes de formation en sciences infirmières dans des domaines de spécialisation, notamment en santé mentale, en soins critiques et en santé communautaire et publique.

RÉFÉRENCES

1. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Répertoire d'expertises infirmières*, 3^e éd., Montréal, 1997.
2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, SERVICE DE L'ANALYSE STATISTIQUE. *Recueil des fiches statistiques rédigées dans le cadre du dossier « Bilan et perspectives pour le système sociosanitaire québécois »*, Document de travail, [Québec], 1997.
3. SHAMIAN, J. « How Nursing Contributes Towards Quality and Cost-Effective Health Care », *International Nursing Review*, vol. 44, n^o 3, mai-juin 1997, p. 79-84, 90.
4. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Réflexion sur les modalités d'allocation des ressources dans le système sociosanitaire québécois*, Montréal, 1997, p. 49. (Collection La Reconfiguration du réseau, 11)
5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Le système sociosanitaire québécois : bilan et perspectives : dossier pour consultation*, Document de travail, [Québec], 1997.
6. INSTITUTE OF MEDECINE. *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate ?* Washington (D.C.), National Academy Press, 1996.
7. AMERICAN NURSES ASSOCIATION. *Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing, Length of Stay and Patient Outcomes*, Washington (D.C.), American Nurses Publishing, 1997.
8. VALOIS, M. et L. VILLENEUVE. *Bilan du suivi systématique des clientèles : vers un nouveau contrat entre les infirmières et les clientèles*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1997.
9. DUMONT-LEMASSON, M. et R. STE-MARIE. « Pour tout savoir sur le maintien à domicile au Québec », *CLSC Express*, vol. 10, n^o 3, novembre 1997, p. 4-5.
10. HÉBERT, R. et al. *Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie : évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la recherche et de l'évaluation, 1997, p. 105. (Collection Études et analyse, 33).
11. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *L'infirmière clinicienne : une solution efficace et rentable*, Document de travail, Montréal, 1994.
12. MANGA, P. et T. CAMPBELL. *Health Human Resources Substitution: A Major Area of Reform Towards a More Cost Effective Health Care System*, Ottawa, University of Ottawa, 1994. (Cost-Effectiveness of the Canadian Health Care System: Working Paper, 94-01).
13. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Soins infirmiers dans les services d'urgence et de première ligne : un triage efficace et une prise en charge globale*, Montréal, 1995. (Prise de Position).

14. ANGUS, D.E., L. AUER, J.E. CLOUTIER et T. ALBERT. *Pour un système de soins de santé viable au Canada : rapport de synthèse*, Ottawa, Université d'Ottawa, 1995. (Projets de recherche économique des universités d'Ottawa et Queen's)
15. BROWNE, G., J. ROBERTS, A. GAFNI, R. WEIR, S. WATT et C. BYRNE. « More Effective and Less Expensive: Lessons From Five Studies Examining Community Approaches to Care », *Health Policy*, vol. 34, n° 2, novembre 1995, p. 95-112.
16. ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Commentaires sur le virage ambulatoire en santé mentale présentés au ministre de la Santé et des Services sociaux dans le cadre de la consultation portant sur les orientations pour la transformation des services de santé mentale*, Montréal, 1997.
17. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE. *Un juste prix pour les services de santé*, Québec, 1995.

ANNEXE 1

ANNEXE 1

VUE D'ENSEMBLE DE LA RÉFORME EN COURS

- ☐ ***Le premier plan triennal du ministre (1995-1996 à 1997-1998) tire à sa fin***
- ☐ ***Un effort budgétaire de 1,9 milliard \$ a été réalisé par le réseau public, soit 15 % des crédits de 1997-1998***
- ☐ ***La moitié de cet effort budgétaire (935 millions \$) provient des hôpitaux de soins aigus***
- ☐ ***Il y a eu des fermetures, des fusions et des changements de mission qui se soldent par 300 établissements en moins (entre 1993 et 1997)***
- ☐ ***3 200 infirmières sont à la retraite
600 postes de cadres infirmiers sont abolis
Des conseils des infirmières et infirmiers (CII) sont fusionnés***

☐ ***Les compressions budgétaires dans les hôpitaux***

- **Un effort budgétaire de 935 millions \$ (1993-1994 à 1997-1998)**
- **On estime que les secteurs des soins infirmiers ont contribué par un effort budgétaire de 325 millions \$**

☐ ***La diminution des lits d'hospitalisation en soins aigus***

- **4,5 lits par 1 000 de population en 1992**
- **2,5 lits par 1 000 en 1997**
- **La cible de l'an 2000 est de 2 lits par 1 000 de population**

☐ ***La clientèle hospitalisée***

- En 1995-1996, les infirmières ont soigné 226 275 patients hospitalisés en chirurgie et
- 361 441 hospitalisés pour des problèmes en médecine.
- Le séjour moyen typique des patients hospitalisés a été de 5,6 jours (soit une baisse du séjour de 30 % par rapport à 1990)
- La cible à atteindre serait un séjour aux soins aigus de 4,5 jours.

☐ ***Des faits sur le développement de la chirurgie d'un jour***

- Une hausse du volume de 24,7 % par rapport à 1993-1994.
- 203 350 patients ont été opérés en chirurgie d'un jour (soit la moitié des opérations).
- La cible du ministre pour 1997-1998 est de réaliser 60,0 % des opérations en chirurgie d'un jour.
- Un sondage de l'OIIQ en 1996 indiquait l'ouverture de 46 nouvelles unités de chirurgie d'un jour et le réaménagement de 67 autres.

☐ ***Certains indicateurs des soins hospitaliers***

- Au total, les infirmières ont dispensé des soins aigus à 980 542 patients (soit une hausse de 10 000 malades).
- Pour les hospitalisés, une baisse de 758 000 jours
- Une diminution de 4,4 heures-soins par admission, soit 8 % du temps consacré à chaque malade hospitalisé (entre 1990 et 1996)
- Une baisse de 11,7 % des heures-soins sur trois ans (8,5 millions d'heures-soins en moins)
- Une baisse de 18,7 % de l'encadrement en soins infirmiers sur trois ans (446 920 heures d'encadrement en moins)

IMPACT DE LA RÉFORME SUR LES SOINS ET LE MAINTIEN À DOMICILE

❑ *Faible développement des soins infirmiers à domicile*

- Effort budgétaire de 325 millions \$ dans les CH
- Investissement total de 52 millions \$ dans le maintien à domicile
- Seulement 5 millions \$ pour les soins infirmiers à domicile

❑ *Impact sur l'offre de services infirmiers*

- Ajout bien en deçà d'une infirmière par CLSC
- Baisse du nombre d'interventions par personne
- Soins à court terme priorités vs maintien à domicile

❑ *Fardeau des familles et de l'entourage*

- Des familles vivent sous le seuil de la pauvreté
- Des familles doivent quitter leur travail ou prendre un congé sans solde
- L'entourage est souvent âgé
- 70 % des soins infirmiers des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile sont dispensés par l'entourage

ANNEXE 2

ANNEXE 2

ÉTUDES SUR LA SÉCURITÉ DES SOINS ET LE TAUX D'INFIRMIÈRES DANS LES HÔPITAUX

☐ **Des études nord-américaines démontrent que les hôpitaux qui ont une proportion élevée d'infirmières expérimentent des retombées comme la diminution de la durée de séjour, des complications et du taux de mortalité:**

- AÏKEN, L.H., H.L. SMITH et E.T. LAKE. « Lower Medicare Mortality Among a Set of Hospitals Known for Good Nursing Care », *Medical Care*, vol. 32, n° 8, août 1994, p. 771-787.
- BROOTEN, D. et M.D. NAYLOR. « Nurses' Effect on Changing Patient Outcomes », *Image: Journal of Nursing Scholarship*, vol. 27, n° 2, été 1995, p. 95-99.
- HARTZ, A.J. *et al.* « Hospital Characteristics and Mortality Rates », *The New England Journal of Medicine*, vol. 321, n° 25, décembre 1989, p. 1720-1725.
- INSTITUTE OF MEDICINE. *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?*, Washington (D.C.), National Academy Press, 1996.
- KUHN, E.M., A.J. HARTZ, M.S. GOTTLIEB et A.A. RIMM. « The Relationship of Hospital Characteristics and the Results of Peer Review in Six Large States », *Medical Care*, vol. 29, n° 10, octobre 1991, p. 1028-1038.
- MANHEIM, L.M., J. FEINGLASS, S.M. SHORTELL et E.F. HUGHES. « Regional Variation in Medicare Hospital Mortality », *Inquiry*, vol. 29, n° 1, printemps 1992, p. 55-66.
- PRESCOTT, P.A. « Nursing: An Important Component of Hospital Survival Under a Reformed Health Care System », *Nursing Economics*, vol. 11, n° 4, juillet-août 1993, p. 192-199.
- SHINDUL-ROTHSCHILD, J., E. LONG-MIDDLETON et D. BERRY. « 10 Keys to Quality Care », *American Journal of Nursing*, vol. 97, n° 11, novembre 1997, p. 35-43.

☐ Selon l'étude d'Evelyn Kuhn et ses collaborateurs, plusieurs variables hospitalières contribuent à la baisse de la mortalité. Parmi celles-ci, figurent le pourcentage d'infirmières, le pourcentage de dépenses salariales par lit, le pourcentage de spécialistes et la disponibilité de technologies de pointe.

☐ Dans leur étude, Aïken et ses collaborateurs ont analysé le taux de mortalité dans 39 hôpitaux et ont comparé ce taux à celui d'un groupe d'hôpitaux contrôle. Le taux de mortalité était significativement inférieur dans les 39 hôpitaux qui affichaient un pourcentage élevé d'infirmières. Ce taux d'infirmières se situait en moyenne à 76 % pour les 39 hôpitaux tandis qu'il était aussi bas que 58 % dans les hôpitaux du groupe contrôle.

☐ Au Québec en 1994-1995, avant les coupures actuelles, le pourcentage d'infirmières dans les hôpitaux sur une base régionale se situait entre 60 % et 74 %. Certains hôpitaux ont des taux aussi bas que 45 % pour une unité.

ANNEXE 3

ANNEXE 3

RÉSUMÉ DU BILAN DU SUIVI SYSTÉMATIQUE DE CLIENTÈLES

Ce bilan fait valoir une évolution du suivi systématique de clientèles pour certaines clientèles expérimentant une hospitalisation en soins aigus et pour des clientèles suivies dans la communauté. Les établissements qui ont implanté ce mode de prestation des soins sont comme suit :

PRINCIPALE MISSION	IMPLANTÉ	PLANIFIÉ 1997	TOTAL
Centres hospitaliers	26	33	59
CLSC et centres de santé	11	14	25
Total	37	47	84

Pour les répondants, le suivi systématique est avant tout un outil pour offrir des soins de qualité. Il permet de diminuer le séjour de façon sécuritaire grâce au développement de la collaboration interdisciplinaire et interétablissement.

Par ailleurs, on constate qu'il reste beaucoup à faire pour que l'ensemble de la clientèle de chaque institution profite des avantages de cette nouvelle approche clinique puisque les établissements répondants ont indentifié 60 types de clientèles qui ont fait l'objet de l'élaboration d'un protocole et d'un cheminement critique. Parmi les clientèles mentionnées le plus souvent :

- ▶ *Maladie pulmonaire obstructive chronique*
- ▶ *Accident vasculaire cérébral*
- ▶ *Fracture de la hanche*
- ▶ *Résection transurétrale de la prostate*
- ▶ *Personnes âgées en perte d'autonomie*

Selon les infirmières des milieux qui ont implanté le suivi systématique, les principaux facteurs du succès de son implantation par ordre d'importance sont :

Infirmière de référence ou gestionnaire de cas pour chaque client

Planification des soins et services

Approche de service à la clientèle

Complémentarité avec les médecins

Coordination interdisciplinaire

Planification du congé ou de la fin de l'épisode de soins

Enseignement, information sociosanitaire

Liaison interétablissement

Liaison avec les organismes communautaires

Liaison avec les cabinets privés

ANNEXE 4

**Une économie de 100 millions \$
avec Info-Santé-CLSC***Gyrlaine Desrochers*

Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Info-Santé a été mis de l'avant par des infirmières¹ pour fournir des conseils en matière de soins à la maison. Au besoin, l'infirmière peut également référer les personnes qui appellent à une autre ressource (pharmacien, médecin, infirmière à domicile, organisme communautaire, etc.). Cette solution de rechange aux services traditionnels en première ligne est disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

Alors que l'impact du virage ambulatoire se fait sentir dans les foyers, il est rassurant de savoir que, dans toutes les régions, grâce à Info-Santé-CLSC l'infirmière est au bout du fil. Les résultats d'évaluation s'accordent sur sa popularité et déjà plus d'une personne sur deux connaît le service. Selon la Fédération des CLSC le nombre de consultations dépassera largement les prévisions pour 1996, année d'implantation du service. Quatre régions totalisent près d'un million de consultations. La Montérégie a répondu à 265 000 appels, la région de Québec à plus de 200 000, et celles de Montréal et de Laval, à plus de 500 000.

Les utilisateurs sont dans la jeune trentaine, plus souvent de sexe féminin. Plus de la moitié appelle Info-Santé pour une autre personne, souvent un enfant. Pour la plupart nerveux ou inquiets, ils se perçoivent comme très malades. Selon l'étude du professeure Hagan², la satisfaction générale de la clientèle est très élevée (99 %). Pratiquement tous les utilisateurs recommanderaient Info-Santé ou l'utiliseraient pour régler un autre problème de santé.

UN SERVICE QUI A DÉMONTRÉ SON EFFICACITÉ

L'efficacité du service a été vérifiée en demandant si la clientèle avait consulté une autre ressource avant de composer le numéro de téléphone d'Info-Santé-CLSC. L'étude de Leprohon³ illustre que dans la région de Montréal 70 % des clients n'avaient fait aucune démarche antérieure. Dans la région de Québec, ce pourcentage s'élève à 87,8 %. On a aussi étudié la référence à un service professionnel, en aval d'Info-Santé. À cet égard, les infirmières avaient conseillé à 69 % de leurs clients de contacter une autre ressource professionnelle, en cas de détérioration de leur santé. Or, plus de la moitié n'ont pas eu besoin d'autres services après leur consultation avec l'infirmière. Cette information montre la capacité d'Info-Santé-CLSC à diminuer l'utilisation inutile de services médicaux.

Pour cerner l'ampleur du gain en efficacité associé à Info-Santé, la question suivante a été posée : si Info-Santé n'avait pas existé, quelle ressource auriez-vous utilisée ? Ici encore, les résultats des études convergent puisque 73 % de la clientèle d'Info-Santé de Montréal et 75,8 % de celle de Québec aurait utilisé un service médical. Ce pourcentage se ventile comme suit : 31 % à l'urgence, 7,8 % à la clinique d'hôpital, 31 % au cabinet privé du médecin et 6 % au médecin du CLSC. En extrapolant à l'ensemble de la clientèle d'Info-Santé-CLSC et en prenant un coût moyen estimé pour chaque service, on évalue les gains en efficacité autour de 50 millions \$. Avec des mesures de promotion et la mise en place d'incitatifs à l'utilisation d'Info-Santé-CLSC, il est permis d'extrapoler ces gains à plus de 100 millions \$ pour l'ensemble du Québec.

UN VÉHICULE D'ÉDUCATION À LA SANTÉ

Outre l'efficacité économique du service, il faut considérer son rôle important dans l'amélioration de la prise en charge et des connaissances en matière de santé. À ce sujet, l'étude de Hagan est concluante. La plupart des personnes ayant utilisé Info-Santé-CLSC ont posé elles-mêmes des gestes concrets pour résoudre leur problème de santé dans les 48 à 72 heures suivant la consultation téléphonique. Celles-ci ont amélioré leurs connaissances en matière de santé et se disent sensibilisées à modifier certains comportements ou habitudes de vie.

LE CONTEXTE BUDGÉTAIRE

En faisant une meilleure place aux professionnels formés à la prévention en première ligne, cela évite de fragiliser davantage les services hospitaliers et permet de consacrer les ressources médicales au maintien d'une véritable assurance-maladie publique. L'important pour la population en ces temps économiquement difficiles, c'est l'essor d'une offre de services plus adaptée en première ligne. Info-Santé-CLSC joue un rôle de plaque-tournante pour un éventuel financement à capitation et une nouvelle accessibilité en première ligne. Les décideurs doivent considérer sérieusement cette avenue. Alors pourquoi cette réponse adaptée aux besoins de la population serait-elle menacée par les coupures à venir alors qu'elle fait partie de la solution?

Rappelons que le ministère de la Santé et des Services sociaux gère annuellement près de 13 milliards \$. Il peut réaliser des compressions essentiellement sur trois enveloppes : le budget des établissements (centres hospitaliers-CLSC-centres d'hébergement), celui des médicaments et celui de la rémunération médicale. Jusqu'à maintenant, c'est le budget des établissements (Info-Santé-CLSC fait partie de ce budget) qui a été la cible presque exclusive des compressions budgétaires de plus d'un milliard \$. De plus, sous le régime d'assurance-médicaments, le financement public a diminué d'environ 250 millions \$ pour faire place à une contribution accrue de la part des contribuables et des utilisateurs. Pour sa part, l'enveloppe médicale n'a pratiquement pas encore été touchée. Le gouvernement demande aux établissements un effort de compression qui se situe autour de 850 millions \$, pour l'année financière 1997-1998. La contribution de 108 millions \$ demandée aux médecins semble réalisable si nous considérons le fait qu'Info-Santé-CLSC permet d'obtenir cette économie sans pénaliser la population.

Consultation infirmière à Info-Santé-CLSC Points saillants

- ☎ Service implanté en 1996 dans les CLSC.
- ☎ 1 personne sur 2 connaît déjà le service au Québec.
- ☎ Plus d'un million de consultations téléphoniques.
- ☎ 99,7 % de la clientèle comprend facilement les conseils de l'infirmière.
- ☎ 99,5 % ferait encore appel à Info-Santé pour un autre problème.
- ☎ Coût moyen d'une consultation à Info-Santé de 10,63 \$, incluant le salaire de l'infirmière.
- ☎ En l'absence d'Info-Santé-CLSC, 75,8 % de la clientèle utiliserait un service médical selon la répartition suivante :
 - 31 % à l'urgence, coût unitaire moyen de 71,07 \$
 - 7,8 % à la clinique d'hôpital, coût unitaire moyen de 34,09 \$
 - 31 % au cabinet privé, coût unitaire moyen de 24,79 \$
 - 6 % au CLSC, coût unitaire moyen de 41,47 \$
- ☎ Scénario d'économie de frais médicaux de l'ordre de 100 millions \$.

1. Le service Info-Santé est basé sur le Répertoire des protocoles infirmiers, un outil de réponse téléphonique conçu par des infirmières d'Info-Santé Québec et d'Info-Santé Montréal. Il reflète une expertise de soins infirmiers qui sera mise à profit dans l'ensemble des programmes de première ligne.
2. Louise Hagan et Gaétan Garon, *Info-Santé CLSC région de Québec : un service infirmier efficace ?*, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, octobre 1996.
3. Judith Leprohon et al., *CLSC Montréal-Nord Info-Santé : appréciation et amélioration de la qualité. Rapport annuel 1994-1995*, mars 1995.

ANNEXE 5

L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE AU QUÉBEC

UNE RÉPONSE ADAPTÉE AUX BESOINS DE SANTÉ DES CLIENTÈLES

Au Québec, les besoins des clientèles en services de santé et en services sociaux ont évolué de façon importante au cours des dernières décennies.

- On identifie des problématiques complexes de santé de plus en plus reliées à des problèmes sociaux, (ex : alcoolisme, toxicomanie, MTS, Sida) décrits dans la politique de la santé et du bien-être.
- On constate la hausse de problèmes chroniques de santé nécessitant une approche plus adaptée : migraines, rhumatismes, arthrite, troubles digestifs, ulcères, allergies, diabète, troubles respiratoires, asthme, etc. De plus, l'insuffisance cardiaque, le cancer, les traumatismes, l'insuffisance respiratoire sont des exemples de maladies chroniques qui posent un défi sur le plan du suivi des clientèles.
- On dénonce le manque de continuité dans les soins, la nécessité de frapper à plusieurs portes dans un système complexe où les délais et les attentes peuvent parfois engendrer des complications de l'état de santé des clientèles.
- Les forces et les limites des services curatifs en ce qui a trait à l'amélioration de la santé sont chaque jour mieux connues de la population. Dans certaines situations, les personnes réclament une intervention qui parfois cadre mal avec l'arsenal hospitalier. Elles ont de la difficulté à se faire entendre.
- Les personnes réclament d'être le plus souvent possible traitées dans leur milieu et le déploiement des services de maintien à domicile reste à compléter.
- Plusieurs personnes se plaignent du fait que la qualité du système est plus importante que leurs besoins et de la relation humaine : manque d'écoute et de communication, répétition de situations désagréables, délais et attentes.
- Le vieillissement de la population et les malaises qui lui sont propres se conjuguent aux problèmes énoncés précédemment et les accentuent.

Le système public de la santé et des services sociaux se doit d'offrir des services plus adaptés aux besoins de la clientèle en première ligne, de consolider l'approche de promotion de la santé et de prévention et de prendre le virage ambulatoire en maintenant les acquis des services secondaires et tertiaires.

L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE

UN CHOIX RENTABLE

La lecture de la documentation américaine sur la rentabilité des approches infirmière et médicale permet de dégager plusieurs avantages pour le Québec :

- Les infirmières cliniciennes contribuent à actualiser le virage ambulatoire, à instaurer une véritable première ligne et à amplifier la prévention et la promotion en respectant la capacité de payer des contribuables.
- Pour des problèmes de santé courants, les infirmières cliniciennes ont moins recours aux ressources lourdes telles les tests diagnostiques, l'hospitalisation, l'institutionnalisation, la haute technologie et les médicaments. Une étude québécoise² relate qu'une visite infirmière en CLSC coûte environ 25 fois moins chère qu'une visite médicale. Selon cette même étude, 50 à 60 % des cas en urgence hospitalière sont mineurs ou non-urgents.
- Les infirmières cliniciennes rendent souvent leurs services dans la communauté, ce qui limite les nouvelles dépenses d'immobilisation du réseau.
- Le coût de la formation et de la rémunération des infirmières cliniciennes est moindre que celui des médecins.
- Une étude canadienne³ estime qu'il y a des économies potentielles à l'utilisation des infirmières cliniciennes « nurse practitioners », de l'ordre de 10 à 15 % de l'ensemble des coûts des services médicaux et de 16 à 24 % des coûts du secteur ambulatoire.
- Au Québec, plusieurs infirmières jouent déjà un rôle de clinicienne. Plusieurs sont également aptes à assumer de telles responsabilités à court terme. Les statistiques de l'Ordre indiquent qu'il y a actuellement environ 5 000 infirmières dans les CLSC et Centres de santé. Environ 3 300, soit 66 % des infirmières de ces milieux, ont une formation universitaire.
- Les infirmières sont présentes dans toutes les régions sociosanitaires et de ce fait améliorent l'accessibilité aux soins et services, tout en réduisant les coûts reliés aux déplacements sur de grandes distances, comme c'est souvent le cas au Québec.
- Les infirmières sont des salariées de l'État et des employées d'un établissement. Leur rémunération fait partie du budget global de l'établissement. Elles ne sont pas rémunérées à l'acte, ce qui constitue un avantage pour ce type de pratique. Cependant, dans la situation actuelle de coupure des budgets des établissements, cet avantage se transforme en inconvénient puisque les budgets des établissements sont coupés, mais non la rémunération des médecins (RAMQ).

2

A. Aubin et P. Duplessis. « L'équipe clinique infirmière/médecin au CLSC : une approche efficiente », *Administration hospitalière et sociale*, Montréal, mai/juin 1984.

3

Frank T. Denton et al. « Potential Savings from the Adoption of Nurse Practitioner Technology in the Canadian Health Care System », *Socio Econ Plan Science*, vol. 17, n° 4, 1983, p. 199-209.

L'information sur l'infirmière clinicienne est extraite de la documentation américaine qui évalue la qualité, les résultats cliniques et la rentabilité de 30 années de pratique. Les infirmières cliniciennes que l'on nomme « nurse practitioners » sont au nombre de 49 500 en 1992. On planifie de doubler le nombre de graduées d'ici l'an 2000.

L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE AU QUÉBEC

UN CHOIX PRIVILÉGIÉ LORS DES RÉFORMES SOCIOSANITAIRES NORD-AMÉRICAINES

L'infirmière clinicienne a une approche globale de soins et services adaptée aux besoins des clientèles. Elle possède une solide formation universitaire allée à une expertise clinique.

- L'infirmière clinicienne de première ligne procède à l'évaluation clinique des individus. Grâce à son expertise clinique, elle pose un jugement juste quant à la nature et à la gravité de la situation. Elle prend action rapidement et intervient sans délais pour solutionner les problèmes de santé courants (brûlure mineure, réaction fiévreuse chez l'enfant, gastro-entérite) et dirige vers le médecin les personnes dont les problèmes de santé sont plus complexes. Elle apporte une réponse significative à ces problèmes en exploitant les ressources du milieu naturel. Elle prescrit moins de médicaments et de tests.
- Par sa présence vigilante et continue auprès de la clientèle, elle détecte et reconnaît précocement les changements problématiques de la condition de santé des personnes. Elle intègre dans ses interventions autant des approches de soins infirmiers que des interventions de traitements; elle est bien placée pour privilégier des moyens moins lourds et moins coûteux en vue d'atteindre des résultats aussi sécuritaires que ceux découlant de l'approche médicale.
- Habile à communiquer, elle renseigne, rassure la clientèle et renforce ses attitudes et ses connaissances en vue d'une plus grande autonomie face à la santé ou à la maladie. Elle assure la continuité des soins et les adaptent aux traitements requis. Elle facilite la prise en charge des soins et dispense un enseignement de santé sur mesure.
- Parce qu'elle privilégie l'approche globale de la personne, l'infirmière clinicienne est toute désignée pour enseigner l'auto-examen des seins, faire les PAP tests, identifier des problèmes de diabète ou d'asthme lorsque la personne consulte ou lors de visites à domicile. Elle donne des soins de première ligne à des clientèles particulières telles les cancéreux et les handicapés physiques et mentaux, apprend aux personnes qui souffrent d'une maladie chronique des techniques de soins simples et peu coûteuses qui améliorent leur condition de vie.
- Pivot du système de santé, l'infirmière clinicienne est accessible dans toutes les régions, dans tous les milieux de vie et oeuvre auprès de toutes les clientèles (adultes, adolescents, enfants, aînés, malades mentaux, personnes handicapées ou en perte d'autonomie, etc.).
- Elle utilise des protocoles et des règles de pratique définis en collaboration avec les autres intervenants.

Son approche de soins, issue d'une longue tradition des sciences infirmières, est une réponse éminemment adaptée à l'évolution récente des besoins de santé de la clientèle.

L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE

DES RÉSULTATS PROBANTS

La documentation américaine fournit une comparaison des approches infirmière et médicale sur le plan des résultats des services, pour les clientèles suivantes : celles des cliniques ambulatoires, des services de première ligne, d'urgence et relance, de pédiatrie, de pratique familiale, d'obstétrique et de gynécologie et pour les clientèles des cliniques spécialisées du diabète, de gestion de la douleur, de l'insomnie et des problèmes de tabagisme.

- **Les indicateurs de résultats suivants sont équivalents :**
 - qualité globale des soins et des services;
 - soulagement des symptômes;
 - évolution et contrôle de la maladie;
 - taux de morbidité et de mortalité;
 - fréquence des hospitalisations;
 - condition physique, émotionnelle et sociale des usagers.

- **L'approche des soins infirmiers est avantageuse à plusieurs égards :**
 - accessibilité au service;
 - plus grande disponibilité de temps par client;
 - enseignement de santé sur mesure;
 - fidélité de l'usager au traitement prescrit;
 - satisfaction des usagers;
 - recours moins fréquent à la médication et aux tests;
 - services dans le milieu de vie;
 - tenue des dossiers-patients;
 - utilisation de protocoles de soins et de services;
 - continuité du suivi de santé et de l'épisode de soins;
 - éducation sociosanitaire de la population.

- **L'approche des soins infirmiers est :**
 - mise en oeuvre avec les médecins et les autres professionnels;
 - de qualité et sécuritaire;
 - bien acceptée par les usagers;
 - de plus en plus acceptée par les médecins en Amérique du Nord.

ANNEXE 6

Les infirmières coûtent trois fois moins cher

Vaccin antigrippal: de nouvelles voix s'ajoutent au tollé

Louise Plante
Trois-Rivières

■ Le coût de la vaccination contre la grippe serait trois fois moins élevé qu'en cabinet privé de médecin lorsqu'elle est faite par des infirmières de CLSC, sans parler du coût souvent perçu directement par les médecins aux usagers.

C'est du moins ce que soutient M. Terry Kaufman, directeur général du CLSC Notre-Dame-de-Grâce, de Montréal-Ouest, dans une lettre qu'il adressait en octobre 1995 à une sous-ministre adjointe à la Direction de la santé publique, du ministère de la Santé et des Services sociaux et dont *Le Nouvelliste* a obtenu copie. Cette consultation était basée sur trois années d'observation de la vaccination contre la grippe, principalement aux personnes âgées ambulatoires, c'est-à-dire qui peuvent se déplacer elles-mêmes.

Rapelons que des infirmières de CLSC du grand Trois-Rivières signalaient elles aussi au *Nouveliste*, il y a quelques jours, que des médecins de la région persistaient à vouloir vacciner eux-mêmes leurs patients âgés contre la grippe et ce, en dépit

d'une campagne systématique de vaccination antigrippale menée par tous les CLSC auprès de cette population.

Les infirmières soutenaient non seulement qu'il s'agissait d'un gaspillage de fonds publics à une époque où tout le monde se serre la ceinture, mais aussi d'une mauvaise utilisation d'expertise médicale dans un contexte de rareté de médecins.

Une première vérification auprès de la Régie de l'assurance-maladie du Québec semblait donner raison aux médecins, compte tenu «qu'en principe» un médecin qui administre un vaccin contre la grippe ne doit facturer que 1,75 \$ à la RAMQ comparativement à un coût de vaccination de plus de 7 \$ en CLSC. Mais le débat n'est pas aussi simple puisque plusieurs personnes ont tenu, sous le sceau de la confidentialité, à fournir au *Nouveliste* des documents qui démontrent le contraire et qui tendent à prouver qu'un médecin réclame rarement uniquement le coût d'un vaccin mais plutôt celui d'une visite médicale au complet.

Toujours suivant l'étude du CLSC de Notre-Dame-de-Grâce, en utilisant les infirmières du

CLSC et les bénévoles de la communauté, ce CLSC peut vacciner entre 700 à 1000 personnes par année. «Le coût unitaire pour l'administration du vaccin (sans le coût du vaccin lui-même) est de 4,35 \$ pour ce CLSC, comparé à 14,70 \$ pour le vaccin administré par un médecin rémunéré à l'acte en cabinet privé, dans le cadre d'un «examen ordinaire» payé par la RAMQ, écrit M. Terry Kaufman. En tenant compte du coût direct souvent payé par l'utilisateur, (15 à 25 \$) et le coût payé par le ministère (au moins 14,70 \$) c'est-à-dire, de 29,70 \$ à 39,70 \$ en cabinet privé en comparaison à 4,35 \$ dans notre CLSC. Il y a des économies potentielles de quelques millions de dollars à réaliser, si on tient compte du nombre de personnes âgées (plus de 800 000 au Québec) et de la recommandation de votre direction générale de santé publique à l'effet que l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus soient vaccinées», conclut M. Kaufman.

Or, tout indique que ces chiffres n'ont pas impressionné le ministère puisque aucune directive n'a été donnée aux médecins pour décourager cette pratique. ●

ANNEXE 7

ANNEXE 7

SURVEILLANCE DE L'EXERCICE INFIRMIER EN MILIEUX DE SOINS DE LONGUE DURÉE

CONSTATS DU PROGRAMME 1995-1996 DE SURVEILLANCE EN CHSLD

☐ 20 CHSLD dans la plupart des régions (2 270 personnes hébergées)

- 54 % ont des problèmes cognitifs
- 17 % ont des problèmes psychiatriques
- 55 % ont des incapacités physiques majeures
- 2,3 % se trouvent en phase terminale
- Soins offerts → une infirmière pour 46 patients
→ seulement 70 % des soins requis

☐ Hausse de la complexité des soins

- Soins post-opératoires immédiats
- Soins de trachéotomie
- Soins de stomie (gastrostomie, cystostomie, colostomie)
- Dialyse péritonéale
- Médication cytotoxique
- Réadaptation post-fracture

☐ Indicateurs de résultats

- 4,5 % de plaies de lit
- 38,8 % d'accidents avec blessures
- 52 hospitalisations suite à un accident

☐ Surveillance de l'exercice en résidence privée (1997)

Multiples signalements aux régies régionales :

- Environnement et installations non sécuritaires
- Insuffisance de soins
- Indices d'abus (crainte de représailles)