

**Bibliothèque
et Archives
nationales**

Québec



Le présent fichier est une publication en ligne reçue en dépôt légal, convertie en format PDF et archivée par Bibliothèque et Archives nationales du Québec. L'information contenue dans le fichier peut donc être périmée et certains liens externes peuvent être inactifs.

Version visionnée sur le site Internet d'origine le 30 septembre 2008.

Section du dépôt légal



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

Mémoire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec présenté à la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

Adopté par le Bureau de l'OIIQ lors de la réunion du 19 septembre 2000

Distribution:

Centre de documentation Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 4200, boulevard Dorchester Ouest Montréal (Québec) H3Z 1V4 Téléphone : (514) 934-2501 ou 1 800 363-6048 Télécopieur : (514) 935-5273

Dépôt légal

4e trimestre 2000 Bibliothèque nationale du Québec Bibliothèque nationale du Canada ISBN 2-89229-269-7 © Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2000

cdoc@oiiq.org <http://www.oiiq.org>

La 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.

TABLE DES MATIÈRES

[RÉSUMÉ](#)

[INTRODUCTION](#)

[SECTION 1 L'ORGANISATION DES SERVICES](#)

Question A

[Partagez-vous l'avis qu'au-delà des difficultés de financement du système, il existe un problème important d'organisation des services de base et des services spécialisés ?](#)

Question B

Parmi les options décrites, lesquelles privilégiez-vous ? Lesquelles rejetez-vous ?

- [Un préalable : une vision du système de soins et de services](#)
- [Les soins de santé primaires](#)
- Option 1 de la Commission [Une organisation territoriale des services sous autorité unique](#)
- Option 2 de la Commission [La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe](#)
- Option 3 de la Commission [Le médecin de famille, coordonnateur de l'ensemble des services à la personne](#)
- Option 4 de la Commission [L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale](#)
- Option 5 de la Commission [Un dossier clinique informatisé par patient](#)

- Option 6 de la Commission [La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées](#)
- Option 7 de la Commission [Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats](#)
- Option 8 de la Commission [La participation du secteur privé et du secteur communautaire](#)

Question C

Quelles autres pistes de solutions proposez-vous pour faciliter le déploiement des services de base bien intégrés, faciles d'accès en tout temps et à proximité ?

1. [L'utilisation plus efficace des infirmières](#)
2. [Info-Santé-CLSC, la plaque tournante des services de base](#)
3. [Un régime de soins à domicile assurés](#)
4. [Le développement de la pratique infirmière dans les régions isolées](#)
5. [L'introduction des infirmières praticiennes](#)

Question D

Quelles autres pistes de solutions proposez-vous pour faciliter l'accessibilité aux services spécialisés dans des délais et des conditions raisonnables ?

1. [Le développement du suivi systématique de clientèles](#)
2. [Le développement d'une pratique de collaboration infirmières praticiennes - médecins spécialistes](#)

Question E

Quelles modifications apporteriez-vous à l'organisation du travail et à la gestion afin de rendre le système de santé et de services sociaux plus flexible et plus efficace ?

1. [L'attraction et la rétention des professionnels de la santé](#)
2. [Une gestion budgétaire basée sur le type de clientèle et le résultat des soins](#)
3. [Un suivi du pourcentage d'infirmières dans les équipes de soins](#)
4. [Une plus grande flexibilité sur le plan des conditions de travail et de la pratique](#)

Question F

Comment comptez-vous appuyer de façon active les solutions que vous privilégiez et qui vous engagent ?

1. [Sur le plan des services à rendre à la population](#)
2. [Sur le plan de la représentation clinique régionale](#)
3. [Sur le plan de la législation professionnelle](#)
4. [Sur le plan d'une politique de développement des soins infirmiers](#)

SECTION 2 LE FINANCEMENT

Question A

[Partagez-vous l'avis qu'au-delà des problèmes de gestion ou d'organisation, il existe un problème structurel important de financement du système de services sociaux et de santé ?](#)

Question B

Parmi les pistes de solution énoncées lesquelles privilégiez-vous ? Explicitez les avantages et les inconvénients ?

- Option 1 de la Commission [La désassurance de services](#)
- Option 2 de la Commission [L'augmentation des impôts](#)

- Option 3 de la Commission [La contribution des usagers](#)
- Option 4 de la Commission [La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers](#)
- Option 5 de la Commission [L'impartition des services de support et de soutien](#)
- Option 6 de la Commission [La création de caisses spéciales](#)
- Option 7 de la Commission [La vente de services spécialisés aux non-résidents](#)
- Option 8 de la Commission [Les modes de distribution budgétaires](#)

Question C

Quelles autres solutions proposez-vous pour donner des bases financières solides et stables au système ? Explicitez les avantages et les inconvénients

1. [Promouvoir une information plus objective sur les services](#)

RÉFÉRENCES

ANNEXES

- [Fiche n° 1 Pour atteindre un modèle de soins de santé intégrés](#)
- [Fiche n° 2 Stratégie de soins de santé primaires en Ontario](#)
- [Fiche n° 3 Comparaison des indices de production, de consommation et de besoins entre les régies régionales](#)
- [Fiche n° 4 Ratio d'infirmières en pratique par 1 000 de population, par région administrative et pour l'ensemble du Québec](#)
- [Fiche n° 5 Projet SIPA \(Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie\)](#)
- [Fiche n° 6 Mandat proposé pour le mécanisme d'intégration clinique régional](#)
- [Fiche n° 7 Résumé de l'avis de l'OIIQ sur le développement des technologies de l'information et du dossier patient unique](#)
- [Fiche n° 8 Les difficultés de la recherche d'efficacité dans un mode de fonctionnement par enveloppe budgétaire étanche](#)
- [Fiche n° 9 Études nord-américaines sur l'utilisation plus efficace des infirmières](#)
- [Fiche n° 10 Pratique infirmière en santé mentale au Québec](#)
- [Fiche n° 11 Service de première ligne sous la gestion d'une infirmière en Angleterre \(un des huit projets-pilotes infirmiers\)](#)
- [Fiche n° 12 Études sur l'efficacité de programmes intégrés de soins dans la communauté](#)
- [Fiche n° 13 Études sur la sécurité des soins et le taux d'infirmières dans les hôpitaux](#)
- [Fiche n° 14 Situation financière du Québec](#)
- [Fiche n° 15 Qualité de l'information concernant les médicaments](#)
- [Fiche n° 16 Liste d'indicateurs de la performance des établissements de santé](#)



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

RÉSUMÉ

Les réponses mises de l'avant dans ce mémoire s'articulent autour d'une vision de la santé chère aux infirmières. Il s'agit de l'approche des soins de santé primaires qui mise sur la prévention de la maladie, la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, et intervient sur les habitudes de vie. Les infirmières privilégient un juste équilibre des investissements pour développer les services de base et les services spécialisés ou ultraspecialisés.

Les solutions proposées portent davantage sur l'organisation des soins, qui est le domaine d'expertise par excellence des infirmières. Ces solutions s'appliquent aux problèmes d'accessibilité aux soins, d'équité sociale et de financement qui sont monnaie courante depuis les coupures draconiennes des dernières années. Un apport de fonds pour le développement des soins à domicile et pour l'amélioration de la prestation des soins aux personnes âgées hébergées est fortement recommandé. En outre, la recherche de flexibilité dans les milieux de travail et l'adoption de mesures d'attraction et de rétention des infirmières en place sont nécessaires dans le contexte de la pénurie de professionnels de la santé qui sévit présentement.

Collectivement et individuellement, les infirmières ne se laissent pas arrêter par l'ampleur des problèmes et ne cessent de prendre des initiatives pour améliorer les services de santé et les services sociaux. Elles ont cependant besoin de signaux clairs pour orienter leur action. Employées des établissements du réseau dans une proportion de 87 %, les infirmières en place sont les artisanes de la première heure des innovations cliniques qui ont rendu le virage ambulatoire possible. Il suffit d'évoquer le service de consultation téléphonique Info-Santé-CLSC, le développement du suivi systématique de clientèles et du site Internet *L'infirmière virtuelle* pour s'en convaincre. Leur contribution est tout aussi indispensable dans le secteur privé et dans le secteur de l'éducation.

Aujourd'hui, l'OIIQ s'inspire du dynamisme de ses membres. Il propose à la Commission la consolidation de projets qui ont déjà fait leurs preuves ici mais qui tardent à être déployés. Il suggère quelques solutions qui donnent de bons résultats ailleurs et dont il faut s'inspirer. Toutes ces propositions, qui visent à améliorer l'accessibilité des soins pour les malades, maintiennent un bon rapport coût-qualité pour le réseau de la santé et des services sociaux.

L'OIIQ privilégie de confier la responsabilité clinique et financière des soins à une organisation territoriale gérée par une équipe multidisciplinaire. En outre, étant donné que l'organisation des services spécialisés et surspecialisés justifie la coordination de traitements sur une base régionale et parfois nationale, l'OIIQ milite en faveur de la création d'un mécanisme d'intégration clinique sur une base régionale.

Il va sans dire que les infirmières continuent de croire en un système de santé largement financé par des fonds publics et dont les politiques sont établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). L'OIIQ reconnaît le bien-fondé d'allouer les budgets aux organisations territoriales selon une formule de capitation. Selon ce scénario, les budgets des organisations qui dispensent les soins leur sont répartis à l'aide d'un mécanisme de sous-capitation qui tient compte du nombre de patients traités et de la complexité des soins. Cependant, une mise en garde s'impose : cette option sera efficace dans la mesure où elle englobe tous les budgets à gérer y compris ceux de la rémunération médicale.

Selon les documents de référence de la Commission, la situation financière du Québec milite en faveur d'une gestion serrée du système et de la recherche d'efficacité. De l'avis des analystes, l'injection récente de fonds par le gouvernement fédéral ne change pas fondamentalement cette situation. Pour ce qui est des options envisagées par la Commission Clair, qu'il s'agisse de la désassurance de services, de l'augmentation des impôts, de la contribution des usagers ou de l'impartition de services, si ces solutions doivent être mises de l'avant, l'OIIQ considère qu'elles doivent l'être dans le respect des principes d'équité sociale qui sont à l'origine du système public. Les principes à respecter s'énoncent comme suit : avoir une fiscalité qui favorise les plus pauvres en faisant payer davantage les plus riches et, toutes choses étant égales par ailleurs, ne pas imposer une facture plus lourde à ceux qui sont malades.

Dans le même ordre d'idées, la participation du secteur privé à la production des services inquiète les infirmières. Toute ouverture de ce côté doit faire l'objet de règles du jeu et de directives claires concernant les services à produire et les résultats attendus. Il faut s'assurer de préserver l'équité sociale et l'intérêt du public. En ce qui concerne la contribution importante des employés de la petite entreprise privée et du secteur communautaire, il faut éviter de leur imposer un fardeau de travail indu et

s'assurer que ces secteurs disposent des moyens pour maintenir la qualité des soins.

En résumé, voici les principales avenues de solutions proposées par l'OIIQ pour améliorer l'accessibilité des soins et l'intégration clinique :

- un apport de fonds pour le développement d'un régime de soins à domicile et pour l'amélioration de la prestation des soins aux personnes âgées hébergées ;
- une utilisation plus efficace des infirmières en place en modifiant les articles 36 et 37 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* ;
- le développement du service Info-Santé-CLSC pour qu'il devienne la plaque tournante des services de base au Québec ;
- la création d'un mécanisme d'intégration clinique sur une base régionale notamment pour assurer la continuité des périodes de traitement de certaines clientèles ayant des problèmes de santé complexes ;
- la responsabilité clinique et financière de l'organisation des services confiée à une équipe multidisciplinaire ;
- le développement du suivi systématique de clientèles comme l'approche clinique adaptée aux besoins de certaines clientèles tant à l'hôpital que dans la communauté ;
- la reconnaissance et le déploiement du rôle des infirmières travaillant en dispensaire dans les régions isolées ;
- le développement du rôle d'infirmière praticienne dans les services de base et dans les services spécialisés et surspécialisés, ce qui exige une modification du cadre légal de la pratique infirmière ;
- la diffusion d'information sociosanitaire pertinente de façon à augmenter l'autonomie de la population sur ces questions. À cet effet, l'injection de fonds pour consolider le développement du site Internet *L'infirmière virtuelle*, qui contribue à l'éducation sanitaire, est un bon investissement. D'autre part l'OIIQ considère que le Québec doit se doter d'un institut québécois d'information sur la santé.

Enfin, le mémoire précise les actions que l'OIIQ compte accomplir sur le plan des services à rendre à la population, de l'intégration clinique, de l'amélioration du cadre légal de la pratique infirmière et d'une politique de développement des soins infirmiers.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant →](#)



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

[Recherche par
thèmes](#)

[Recherche
alphabétique](#)

[Liste de
publications
électroniques](#)

[Outils
promotionnels](#)

[Renseignements
généraux](#)

[← retour à la liste des publications](#)

[Retour au sommaire](#)

Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

INTRODUCTION

Conformément aux objectifs fixés par la ministre de la Santé et des Services sociaux, Pauline Marois, et le président de la Commission, Michel Clair, l'intervention de l'OIIQ a pour but d'apporter des éléments de réponse concrets, adéquats et réalistes. La description de la situation présentée dans les documents de référence du ministère de la Santé et des Services sociaux (2000a, 2000b, 2000c) constitue une synthèse qui encadre l'exercice. L'OIIQ souhaite que des convergences se dessinent et que les pistes de réponses proposées par la profession d'infirmière soient considérées comme applicables.

La démarche de la Commission est encadrée par un *Guide d'animation* (Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000). Ce guide se compose de deux sections : l'une sur l'organisation des services et l'autre sur le financement. À l'intérieur de chaque section, des options sont présentées et des questions sont posées. L'organisation du mémoire de l'OIIQ respecte les spécifications du guide.

L'OIIQ est un organisme régi par le *Code des professions* dont la mission est d'assurer la protection du public en ce qui concerne la qualité des soins infirmiers dispensés à la population par 64 000 infirmières qui travaillent dans les secteurs public, privé et de l'éducation. Il remercie le président de la Commission d'inviter ses représentants à présenter un mémoire.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant >](#)



SECTION 1: L'ORGANISATION DES SERVICES

QUESTION A :

Partagez-vous l'avis qu'au-delà des difficultés de financement du système, il existe un problème important d'organisation des services de base et des services spécialisés ?

On ne peut passer sous silence que les compressions majeures des dernières années dans les programmes sociaux et de santé affectent encore l'accessibilité aux soins et l'organisation clinique. Cela étant dit, une utilisation plus efficace du financement disponible est tout aussi nécessaire que l'injection de nouvelles sommes dans les soins de santé et les services sociaux.

L'exemple de l'Ontario, qui a un niveau de ressources et de dépenses de santé parmi les plus élevés au Canada, illustre ce phénomène : malgré l'ampleur des budgets consacrés au système de soins et de services, on y déclare être à bout de souffle (Cornellier, 2000).

Au Québec, comme partout ailleurs, il y a un manque d'argent disponible pour que la population s'offre tous les biens et services de santé et les services sociaux dont elle a besoin. Il y a donc d'importants choix à faire. La recherche de solutions qui respectent un juste équilibre entre les investissements dans les services de base et dans les services spécialisés s'avère cruciale.

En outre, l'amélioration de l'efficacité et de l'accessibilité du système reste à achever. Le manque de flexibilité se manifeste dans les conditions de la pratique professionnelle et dans les conventions collectives, ce qui complique davantage une situation marquée par la pénurie de main-d'œuvre professionnelle. Parmi les solutions concrètes proposées par l'OIIQ, soulignons une meilleure utilisation du potentiel des infirmières en place et le développement de nouveaux rôles d'infirmières, là où la demande se fait sentir. Une étude récente sur le sujet illustre le retard du Québec à développer le rôle des infirmières comparativement aux autres provinces canadiennes (Centre for Nursing Studies et The Institute for the Advancement of Public Health, 2000). Le Québec se doit de faire évoluer la pratique professionnelle infirmière dans les services de base comme dans les services spécialisés.

Enfin, ce qui rallie les membres d'une organisation de santé autour d'objectifs de résultats de soins, c'est la responsabilité clinique et financière envers une population (Leatt *et al.*, 2000). Pour améliorer l'organisation des services, les auteurs privilégient trois axes d'intégration : l'intégration fonctionnelle, l'intégration de la pratique médicale et l'intégration clinique (pour plus de détail, voir la fiche n° 1 en annexe).

Les résultats de cette intégration sont perceptibles pour les malades qui n'ont pas à répéter constamment leur histoire de cas, qui ont accès à des services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, qui n'ont pas à faire face à des files d'attente et qui reçoivent une information appropriée et compréhensible de la part des professionnels de la santé qui les soignent. Il s'agit d'objectifs de résultats de soins qui sont appuyés et partagés par les infirmières.



SECTION 1: L'ORGANISATION DES SERVICES

QUESTION B

Parmi les options décrites, lesquelles privilégiez-vous ? Lesquelles rejetez-vous ?

Un préalable : une vision du système de soins et de services

Actuellement, les services rendus à la population reposent essentiellement sur un paradigme de soins et de services curatifs basé sur le modèle médical. L'OIIQ est d'avis que ceux-ci doivent prioritairement s'orienter vers la prévention de la maladie, la promotion de la santé et la prise en charge de sa santé, des concepts-clés des soins de santé primaires.

La vision de l'OIIQ s'inscrit donc dans la foulée des grandes tendances actuelles. À l'instar de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Canada souscrit aux soins de santé primaires comme un élément clé d'une société en santé (Pringle *et al.*, 2000). Perçus non seulement comme une philosophie de soins, les soins de santé primaires sont également une approche de prestation de soins et de services.

À ce jour, quelques provinces proposent des modèles de prestation des soins et de services inspirés de ce cadre. L'Ontario, par l'intermédiaire de la Commission de restructuration des services de santé, a récemment diffusé sa stratégie de soins de santé primaires. L'accueil fait à cette proposition par les différents partenaires a été favorable, et plusieurs groupes et coalitions ont exprimé leur appui à l'actualisation de ce projet (voir la [fiche n° 2](#) en annexe).

Les soins de santé primaires

La définition des soins de santé primaires de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (1995) est retenue. Il s'agit de soins essentiels de promotion, de prévention, de traitement, de réadaptation et de soutien s'adressant à la personne, à la famille, à un groupe, à une communauté ou à une population en vue de prévenir la maladie et de promouvoir la santé.

De façon plus explicite, les clients doivent bénéficier de soins et de services répondant à leurs besoins spécifiques. La gamme de services doit viser les clients souffrant de problèmes de santé ponctuels et épisodiques, ceux atteints de maladies aiguës nécessitant des soins soutenus et complexes ainsi que la clientèle requérant des soins pour une maladie de longue durée ou chronique, ou encore des soins de réadaptation et de fin de vie (soins palliatifs). Cette définition couvre les services de base, spécialisés et surspécialisés tels que décrits par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux du Québec. En outre, les services de base jouent un rôle crucial de coordination de la gamme de services décrits précédemment et constituent le point principal d'accès et de liaison avec le système.

Enfin, pour répondre à cette approche de soins de santé primaires, les services déjà en place doivent être consolidés. Par exemple, Info-Santé-CLSC doit maintenir et continuer à développer son offre de services auprès de la population et ce, 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine. Il faut également exploiter pleinement les leviers technologiques disponibles pour renseigner la population sur des sujets qui traitent de la santé. À titre d'exemple, *L'infirmière virtuelle*, le site Internet développé par l'OIIQ, est un projet innovateur qui suscite la prise en charge de sa santé grâce à l'information et l'éducation sanitaire.

Option 1 de la Commission : Une organisation territoriale des services sous autorité unique

Selon Alain Dubuc, éditorialiste en chef de *La Presse*, « il faut aider le patient à prendre en charge sa propre santé en le mettant au cœur du processus d'organisation des soins et des services [...]. Ce n'est ni un réflexe facile ni un réflexe encouragé par notre système de santé traditionnellement paternaliste » (Association internationale des professions de la santé et Glaxo Wellcome, 2000, p. 2).

Pour l'OIIQ, l'organisation territoriale des services est la modalité la plus naturelle à mettre en place pour actualiser une vision dans laquelle les Québécois jouent un rôle plus actif dans les soins de santé. Cette organisation territoriale est à la base du réseau de soins et de services intégrés. Dans un tel scénario, les territoires sont définis en fonction de leur géographie, de leur étendue, des caractéristiques culturelles et de la densité de la population ainsi que de la disponibilité des ressources.

Conséquemment, les soins et services peuvent être organisés selon un modèle différent en milieu urbain, en milieu périphérique ou en région isolée.

Par ailleurs, l'implantation d'un modèle territorial d'organisation des services doit favoriser l'amélioration de l'équité interrégionale et de l'accessibilité locale. Cet objectif est encore loin d'être atteint. La [fiche n° 3](#) illustre les besoins et la consommation de soins ainsi que la disparité qui persiste entre les régions en ce qui concerne ces trois indicateurs. Un tableau portant plus particulièrement sur la répartition des infirmières en pratique présente de l'information qui va dans le même sens (voir la [fiche n° 4](#) en annexe).

Option 2 de la Commission : La responsabilité clinique et financière confiée à une équipe

La responsabilité clinique et financière doit être confiée à une équipe multidisciplinaire tant dans les organisations qui dispensent les services de base qu'en milieu hospitalier. Selon l'OIIQ, cette option doit favoriser l'accessibilité à un éventail de professionnels (médecins, infirmières, etc.) pour ce qui est de la prestation des services courants à la population. En outre, certains programmes doivent comprendre un suivi intégré pour des clientèles comme les personnes âgées en perte d'autonomie, celles qui souffrent de problèmes de santé mentale ou de maladies chroniques. Au Québec, le projet-pilote de système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA), qui offre une gamme de services à la population âgée, est prometteur. En plus de s'assurer que le client se retrouve au bon endroit, au bon moment et avec le bon professionnel, le groupe SIPA assume la responsabilité clinique et financière du programme. La [fiche n° 5](#) en annexe indique certaines caractéristiques de ce projet expérimental.

L'OIIQ propose à la Commission, dans sa recherche de solutions, de miser sur les forces de chacune des entités actuelles qui dispensent les services de base, soit les CLSC, les cabinets privés et les CHSLD.

En centre hospitalier, les directions cliniques doivent aussi assumer la gestion clinique et financière. Les autres directions, sont des directions de soutien aux directions cliniques qui forment le noyau de la mission santé et services sociaux. Elles doivent soutenir les directions cliniques dans la gestion dynamique des défis professionnels qui les attendent.

Enfin, pour que l'option de confier la responsabilité clinique et financière à une équipe soit congruente, le statut des médecins en pratique dans l'organisation doit être revu et les budgets de fonctionnement de l'organisation doivent inclure ceux de la rémunération médicale. En somme, un des facteurs de succès de cette approche est que l'équipe dispose d'une enveloppe globale.

Option 3 de la Commission : Le médecin de famille, coordonnateur de l'ensemble des services à la personne

Il n'a pas été démontré que cette option favorise l'amélioration de l'accessibilité et l'intégration des soins. À titre d'exemple, l'accessibilité c'est l'assurance pour la population de pouvoir rejoindre un professionnel de la santé compétent 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine grâce au service de consultation téléphonique Info-Santé-CLSC. Pour une personne âgée, c'est l'assurance de recevoir les soins nécessaires à domicile ou en milieu d'hébergement. C'est aussi l'assurance que la situation de santé sera immédiatement évaluée, qu'un conseil sera donné et que toute référence sera faite à un médecin, à une infirmière ou à tout autre professionnel de la santé que ce soit à l'hôpital, à la clinique ou ailleurs ou encore qu'une visite du médecin à domicile aura lieu, selon le cas. Pour qu'une réponse adaptée au problème de santé soit apportée sans délai il faut aussi qu'un organisme dispensateur de soins du territoire soit ouvert pour les cas urgents, que des médecins et d'autres professionnels de la santé soient de garde, etc. Cela est valable tant pour les services de santé que pour les services sociaux.

Si le médecin omnipraticien se voit confier le rôle de coordonnateur dans un tel modèle, cela revient à avoir recours à la ressource la plus coûteuse comme porte d'entrée du système. Cette option crée alors un goulot d'étranglement puisque chaque personne qui se présente pour un problème de santé, quelle qu'en soit la nature, se trouve à passer par la ressource la plus coûteuse.

D'autre part, un modèle semblable à celui du médecin de famille coordonnateur des soins aurait eu amplement la possibilité de se développer dans le passé. En effet, les médecins en pratique privée ont détenu, au cours des trente dernières années, les leviers financiers et organisationnels nécessaires pour le faire. Mais cette option ne s'est pas concrétisée et au contraire, dans l'ensemble, la population a connu une médecine de plus en plus expéditive et une accessibilité réduite malgré un nombre suffisant de médecins en exercice. À cet égard, le Conseil médical du Québec, dans son avis de 1996, affirmait que les médecins optent pour une pratique de moins en moins exigeante, que l'accessibilité aux services médicaux est toujours précaire et qu'il y a un manque de continuité, d'intégration et de coordination. Allons-nous mettre de l'avant une solution dont l'inefficacité est connue ?

Cela étant dit, l'OIIQ s'inquiète plus particulièrement de la faisabilité de cette option en ce qui concerne les personnes âgées vulnérables, celles qui ont des problèmes de santé multiples, celles qui souffrent d'un problème de santé mentale et, dans un autre ordre d'idées, les personnes qui sont en région isolée où la présence d'un médecin est rare.

Pour sa part, l'OIIQ considère qu'un modèle basé sur la collaboration interprofessionnelle est davantage garant de succès en matière d'amélioration de l'accessibilité et de la coordination des soins. Conséquemment, il privilégie le développement d'équipes multidisciplinaires responsables et imputables à partir d'une structure de base composée de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé. Ces équipes désignent l'intervenant le plus approprié pour coordonner la période de traitement d'un malade donné.

Option 4 de la Commission : L'organisation des services spécialisés et surspécialisés sur une base régionale ou nationale

L'organisation des services spécialisés et surspécialisés nécessite des interventions de coordination régionale ou nationale plus particulièrement lorsque ces services ne sont pas disponibles sur le territoire local. À titre d'exemple, des soins intégrés peuvent être requis pour les clientèles de certains programmes (hémodialyse, cardiologie, néonatalogie, maladies pulmonaires obstructives chroniques, etc.).

La clientèle en attente de chirurgie cardiaque est un bon exemple d'un groupe pouvant bénéficier d'une organisation de services surspécialisés sur une base nationale. L'expérience du *Cardiac Care Network* en Ontario semble concluante comme mécanisme de gestion nationale des listes d'attente. Les infirmières ont un rôle important à jouer dans la coordination de ces listes et assurent le suivi de la condition de ces clientèles. L'efficacité d'un tel système est en voie d'être évaluée au Québec.

Un autre programme d'organisation de services surspécialisés innovateur est celui mis sur pied à l'Hôpital régional Dr Georges-L.-Dumont, au Nouveau-Brunswick. Il est le seul établissement au Canada qui offre des soins de dialyse rénale à distance grâce à un projet-pilote en télé-médecine. L'utilisation d'outils de communication et d'information permet d'établir un lien à distance entre les patients qui ont un traitement de dialyse à domicile ou dans un point de service et les infirmières, les néphrologues et les autres membres de l'équipe multidisciplinaire. Cet exemple illustre le rôle que peuvent jouer les technologies de communication et de l'information pour accroître l'accessibilité aux services surspécialisés.

En outre, le suivi systématique de clientèles constitue alors une avenue intéressante pour assurer la continuité des soins interétablissements. Au Québec, les infirmières ont jusqu'à maintenant assumé un leadership dans le suivi systématique de clientèles et se proposent de continuer. Nous en discutons en détail plus loin.

Pour réussir l'intégration clinique nécessaire à la continuité des soins, l'OIIQ propose la création d'un mécanisme d'intégration clinique régional. Ce dernier s'articule autour du Département régional de médecine générale, et fonctionne dans une dynamique de collaboration professionnelle, dans le but de solutionner les problématiques liées à la prestation des soins de la région ou du territoire. La [fiche n° 6](#) en annexe énumère certains éléments de son mandat.

Option 5 de la Commission : Un dossier clinique informatisé par patient

La technologie des communications permet maintenant aux professionnels de la santé et aux établissements d'être reliés entre eux par l'infobus électronique. Il est important d'utiliser le potentiel de cette technologie en développant des systèmes cliniques qui permettent d'améliorer l'organisation du travail et l'efficacité des soins. L'implantation du dossier clinique informatisé par patient est souhaitée par les infirmières comme un moyen de soutenir la prestation des soins et d'assurer un lien entre les organisations qui dispensent les services de base et les services spécialisés ou surspécialisés. Pour qu'il en soit ainsi, il est primordial que les outils développés soient largement accessibles aux infirmières dans leur pratique en prenant toutes les mesures nécessaires pour assurer la disponibilité, la confidentialité et l'intégrité de l'information (OIIQ, 2000). La [fiche n° 7](#) en annexe résume l'avis de l'OIIQ sur la question.

Option 6 de la Commission : La rémunération des médecins adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées

Cette option fait partie des moyens dont on dispose pour intégrer la pratique médicale au système. Cela étant dit, la plupart des modalités de la rémunération médicale sont déjà disponibles, et des sommes importantes sont investies de façon récurrente pour étudier ces questions. Malgré cela, ces modalités ne se sont pas avérées suffisantes pour assurer la disponibilité des médecins auprès de certaines clientèles. Les enveloppes monétaires des « activités médicales particulières » qui ne sont pas toujours entièrement dépensées en témoignent.

Pour améliorer l'accessibilité aux soins, les sommes consacrées à la rémunération médicale ne doivent plus constituer une enveloppe monétaire étanche. Au même titre que les autres fonds, elles doivent être distribuées sur une base régionale et faire partie des budgets des organisations qui dispensent les soins. Cela permet alors la rémunération d'autres professionnels de la santé là où les médecins ne sont pas accessibles. La [fiche n° 8](#) en annexe illustre par certains exemples comment le fonctionnement actuel devient un frein important à l'introduction de nouvelles pratiques. Là où la situation l'indique, la solution proposée par l'OIIQ, permet la rémunération d'infirmières pour améliorer l'accessibilité des soins. Ces dernières, étant à l'emploi des établissements, se consacrent entièrement aux soins des malades, ce qui constitue un avantage non négligeable.

Enfin, en ce qui concerne l'option 6 de la Commission, selon laquelle les médecins pourraient bénéficier d'une rémunération adaptée aux responsabilités qui leur sont confiées, cet argument s'applique aussi aux infirmières !

Option 7 de la Commission : Le budget des établissements en fonction de la population, des services et des résultats

Les règles du jeu du financement des établissements, l'allocation régionale des budgets et le mode de rémunération des professionnels de la santé constituent des leviers importants d'intégration et d'organisation des soins. Si l'on veut recentrer le système sur les besoins de la population et des malades, il faut commencer à mettre en place une distribution de l'ensemble des fonds publics selon une formule de capitation régionale. Cela aura pour effet de rendre les ressources financières disponibles dans certaines régions où elles font défaut présentement. Le fait que « l'argent ne suive pas le patient », selon l'expression bien connue, est un frein au développement des services dans certaines régions.

À titre d'exemple, la région de Lanaudière a un indice de production de services de 46,4 (indice de base égal à 100), un indice de consommation de 87,1 et un indice de besoin de 99,6 (Bédard, 2000). Les statistiques de l'OIIQ corroborent cette information puisque, dans cette région, il y a un faible ratio d'infirmières en pratique par 1 000 habitants, soit 2,5 en équivalent temps complet (ETC), alors que le ratio pour l'ensemble du Québec est de 4,8 ETC. D'autres régions connaissent une situation semblable, telles la Montérégie, Laval, les Laurentides, Chaudière-Appalaches, le Centre-du-Québec et l'Outaouais (Valois, 2000). Les [fiches n° 3](#) et [n° 4](#) en annexe indiquent l'information détaillée pour chaque région.

Après la mise en place d'un mécanisme de distribution des fonds qui rétablit l'équité régionale, chaque organisme bailleur de fonds peut de son côté utiliser un mécanisme de sous-capitation pour allouer les budgets en fonction des personnes traitées, de la complexité des soins, des services et des résultats. Une fois cette nouvelle dynamique instaurée, l'introduction de certaines mesures de compétition interne devient possible, là où la situation l'indique.

Cette nouvelle dynamique nécessite que les politiques ministérielles et les exigences des organismes régionaux, qui distribuent les fonds, soient clairement énoncées. L'instauration d'un processus rigoureux de reddition de comptes doit considérer des

indicateurs qualitatifs concernant les services et les résultats des soins.

Option 8 de la Commission : La participation du secteur privé et du secteur communautaire

Le secteur privé et le secteur communautaire contribuent sans doute de façon importante au système de soins et de services. Leur participation est cependant fort différente et soulève un questionnement spécifique à chacun. Bien que les réponses à ces questions ne soient pas évidentes, l'OIIQ considère qu'il est important de soulever cette problématique devant la Commission dans le but de s'assurer que le gouvernement et le MSSS y consacrent l'attention nécessaire.

La grande entreprise privée

Le rôle important des technologies du domaine de la santé (pharmacopée, technologies diagnostiques, etc.) est reconnu par tous. Cependant, les pressions exercées par les grandes industries créent de nouveaux défis dans le domaine des soins de santé et des services sociaux. En effet, ces entreprises, dont le principal objectif est de réaliser des profits, jouissent de moyens très importants pour accroître leur part du marché comparativement à ceux dont disposent la population et plus particulièrement les malades pour prendre une décision objective quant à l'utilisation de leurs produits.

Selon des analystes du nouveau régime d'assurance-médicaments, le bon fonctionnement de ce dernier exige « l'intégration des principales politiques et interventions en une solution globale visant une meilleure utilisation des médicaments » (Tamblyn, 2000). Sur qui peut-on compter pour élaborer une politique qui vise une utilisation plus judicieuse des médicaments ? Voilà une question qui préoccupe l'OIIQ depuis l'avènement du régime d'assurance-médicaments (OIIQ, 1996). Si rien n'est fait dans ce sens, cela risque d'occasionner une hausse constante des coûts des soins et des services. Il faut dès maintenant se poser les bonnes questions :

- comment les gouvernements doivent-ils composer avec le pouvoir grandissant des multinationales de la santé ?
- comment les gouvernements peuvent-ils prendre en compte les intérêts de partenaires privés sans nuire à ceux du public ?
- quels moyens prendre pour freiner l'utilisation ou promouvoir une utilisation plus judicieuse des soins de santé ?

Cela constitue un nouvel enjeu pour le MSSS qui doit adopter des politiques claires sur le sujet. Cette situation pose également le défi d'accroître la diffusion d'information objective au public, sur la juste valeur des services de santé et des services sociaux, question qui est traitée plus loin.

La petite entreprise privée et l'organisation communautaire

Dans le contexte du virage ambulatoire, les soins donnés dans les résidences privées, dans le milieu de vie ou à domicile sont appelés à prendre de l'ampleur. Il faut citer l'importance de la contribution des personnes qui travaillent dans ces secteurs pour améliorer la qualité de vie des clientèles. Par contre, il faut être prudent et utiliser ces ressources à bon escient en vue de préserver la qualité des soins. En effet, des personnes peuvent présentement exercer toutes les activités comprises dans le champ d'exercice de la profession d'infirmière, sans aucune formation ni encadrement, en vertu de l'exception prévue à l'article 41 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. L'article 41 constitue un exemple de la nécessité d'adapter des lois professionnelles dans le contexte du virage ambulatoire.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant →](#)



SECTION 1: L'ORGANISATION DES SERVICES

QUESTION C

Quelles autres pistes de solutions proposez-vous pour faciliter le déploiement des services de base bien intégrés, faciles d'accès en tout temps et à proximité ?

1. L'utilisation plus efficace des infirmières

Une meilleure complémentarité entre les omnipraticiens et les infirmières entraîne une diminution de 12 % des coûts des soins et des services de première ligne, soit une économie récurrente pour le Québec estimée à environ 120 à 240 millions de dollars (Manga et Campbell, 1994). Plusieurs études nord-américaines qui portent sur la question de la meilleure utilisation des infirmières sont décrites à la [fiche n° 9](#).

Une compréhension et une application plus souple de la portée du champ d'exercice infirmier, tel que défini dans la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, est nécessaire pour maximiser l'utilisation des infirmières. Ces dernières sont aptes à assurer les activités suivantes :

- l'évaluation de la santé et le dépistage de problèmes de santé avec accès aux services diagnostiques courants ;
- l'immunisation électorale ;
- le suivi infirmier et le monitoring des cohortes pour le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, des malades chroniques tels que les personnes souffrant de MPOC et d'insuffisance cardiaque, de problèmes de santé mentale, des malades en phase terminale, etc. ;
- le suivi et la coordination des services pour les clientèles à risque, selon *La politique de la santé et du bien-être* ;
- la référence à d'autres professionnels de la santé.

Dans le domaine de la santé mentale où les besoins de ressources sont importants, les équipes de suivi des CLSC doivent reconnaître et utiliser l'expertise des infirmières en santé mentale. La [fiche n° 10](#) présente un résumé du projet Métamorphose de l'Hôpital général de Montréal qui illustre bien l'apport de ces infirmières dans le contexte du virage ambulatoire.

À court terme, l'utilisation plus efficace des infirmières qui vivent en première ligne constitue un pas dans la bonne direction. Au cours des dernières années, les infirmières de CLSC ont fait l'objet de mesures de pression diverses qui ont engendré un recul de la pratique infirmière. Les motifs invoqués sont souvent des arguments juridiques concernant l'exercice illégal de la médecine ou la responsabilité professionnelle.

Enfin, en Angleterre, des modifications à la loi ont permis à des professionnels de la santé d'expérimenter de nouveaux modèles de prestation des soins de santé primaires. Ces modèles ont donné la chance à des professionnels autres que des omnipraticiens de développer des approches innovatrices de prestation des soins. Parmi les 80 contrats octroyés - ces contrats sont connus sous le nom de Personal Medical Services (PMS) - 8 sont sous la responsabilité d'infirmières. La [fiche n° 11](#) en annexe résume un de ces projets.

2. Info-Santé-CLSC, la plaque tournante des services de base

La population veut l'accessibilité des services 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine. Personne ne souhaite attendre des heures à l'urgence pour régler un problème de santé bénin. Info-Santé-CLSC a fait la preuve qu'il peut répondre en partie à ces attentes. En plus de son efficacité, sa popularité est documentée.

Certaines mesures concrètes peuvent en faire la plaque tournante des services de base et en assurer la consolidation comme outil d'intégration et d'accessibilité. Pour ce faire, il faut considérer l'ajout ou de la consolidation, selon les régions, de fonctions telles que :

- les services 24/7 pour la clientèle des soins à domicile et celle de médecine et chirurgie visée par les protocoles CH-CLSC du virage ambulatoire ;

- la télésurveillance ;
- l'Info-MTS ;
- le dépistage de problèmes de santé publique ;
- la mise en place d'un guichet unique pour les personnes âgées ;
- l'arrimage avec les services de consultation téléphonique pour des problèmes sociaux (Info-Social) et les services des centres de coordination des appels urgents ;
- la référence aux services d'urgence, aux cliniques privées et aux services de santé courants des CLSC du territoire ;
- la liaison avec un système de garde médicale régionale et les services d'infirmières ou de médecins pour des visites à domicile.

En outre, des actions concrètes doivent être posées pour garantir la quantité et la qualité des ressources humaines requises, à savoir :

- un nombre suffisant d'infirmières pour assurer le service ;
- des critères pour l'embauche d'infirmières expérimentées ;
- la stabilité des personnes qui occupent cette fonction ;
- l'orientation des nouvelles recrues et la mise en place d'activités de formation continue ;
- l'évaluation continue de la qualité des soins et services rendus.

L'OIIQ est d'avis que la mise en place de telles mesures requiert une coordination régionale pour favoriser l'intégration clinique. Les infirmières d'un point de service particulier doivent être rattachées à une entité régionale, notamment pour assurer une vigilance épidémiologique, pour obtenir réponse 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 doivent travailler en collaboration avec l'organisation provinciale en place, soit le comité clinique Info-Santé-CLSC.

Au-delà du manque de fonds, ici encore, le problème des enveloppes budgétaires étanches nuit au développement. Pour les administrateurs des CLSC, développer Info-Santé-CLSC entraîne une dépense additionnelle de fonctionnement dans un budget limité. En effet, les économies générées par Info-Santé-CLSC, en évitant des services médicaux non nécessaires de l'ordre de 100 millions de dollars (Desrosiers, 1998), ne sont pas disponibles pour assurer le développement du service puisque les sommes économisées font partie de l'enveloppe de la rémunération médicale (voir [fiche n° 8](#) en annexe).

L'OIIQ considère qu'il faut maintenir un forum scientifique national d'infirmières pour assurer la mise à jour, le développement et la validation des protocoles infirmiers d'Info-Santé-CLSC.

Conscient de l'importance que le Ministère accorde à Info-Santé-CLSC, l'OIIQ lui suggère d'en faire la plaque tournante de sa politique des services de base.

3. Un régime de soins à domicile assurés

Le développement des soins infirmiers à domicile, notamment des services posthospitaliers, n'est pas entièrement réalisé (OIIQ, 1998). Les limites budgétaires des CLSC au moment même du virage ambulatoire ont occasionné une hausse importante du volume d'activités en soins infirmiers ponctuels au détriment du suivi de clientèles chroniques dont font partie les personnes âgées (Dumont-Lemasson et Ste-Marie, 1997). On déplore une baisse des activités visant la prévention de la maladie et la promotion de la santé, notamment en santé scolaire (Duplantie, 1999). Des services ne sont pas disponibles ou sont écourtés, ce qui correspond à une diminution de la quantité ou de la qualité des soins. En outre, l'impact du virage ambulatoire sur les aidants naturels se fait de plus en plus sentir. Ceux-ci qui, soit dit en passant, sont souvent eux-mêmes âgés doivent assumer un fardeau important. Au Québec, une étude indique que la majorité des besoins des personnes âgées à domicile est comblée par l'entourage (Hébert *et al.*, 1997). La précarité des soins à domicile engendre des accrocs à l'équité sociale qui constitue une valeur importante du système de soins.

Pour parachever le virage ambulatoire, un régime d'assurance qui couvre les soins à domicile est nécessaire. Ce régime doit assurer, sans exigence de prescription médicale, les soins donnés par des infirmières (soins posthospitaliers, soins spécialisés, soins de pieds, etc.).

L'OIIQ réclame un régime d'assurance des soins à domicile, pour parachever le virage ambulatoire, au même titre que le gouvernement a instauré récemment le régime d'assurance-médicaments.

4. Le développement de la pratique infirmière dans les régions isolées

Depuis longtemps, l'OIIQ porte à l'attention des ministres de la santé successifs des solutions à la situation précaire de la pratique infirmière en région isolée. La reconnaissance formelle de cette pratique, qui constitue une des composantes essentielles des services de base au Québec, est urgente. 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 conditions de pratique et les mesures législatives pour légaliser leur statut et assurer des conditions favorables à cette pratique infirmière indispensable.

L'OIIQ recommande fortement l'injection des sommes nécessaires afin de réaliser rapidement des projets-pilotes dans ces milieux. Ces projets-pilotes visent la reconnaissance professionnelle et légale de la pratique infirmière en régions isolées.

5. L'introduction des infirmières praticiennes

Dans plusieurs provinces canadiennes, l'amélioration de l'accessibilité des soins s'appuie sur un nouvel intervenant, l'infirmière praticienne. Il s'agit d'une infirmière qui bénéficie de dispositions légales lui permettant d'élargir son champ d'action. Elle peut prendre en charge une clientèle diversifiée présentant une vaste gamme de problèmes de santé courants. Elle procède à

l'évaluation de la santé notamment par l'examen physique, l'anamnèse, la prescription et l'interprétation des résultats de laboratoire et de radiographies, en vue de diagnostiquer et traiter les maladies chroniques et les blessures aiguës courantes et mineures. Elle évalue la situation familiale, mène des activités de prévention de la maladie, de promotion de la santé et d'éducation sanitaire. Selon certaines dispositions, l'infirmière praticienne prescrit les médicaments nécessaires au traitement.

L'infirmière praticienne en Amérique du Nord : où en sommes-nous ?

Ce rôle est largement répandu et reconnu à l'échelle nord-américaine et internationale. Aux États-Unis, 50 États reconnaissent ce rôle à l'intérieur de leur réglementation respective. Au nombre de 60 000 environ, les infirmières praticiennes œuvrent en première ligne et en centre hospitalier spécialisé ou ultraspécialisé. En plus des services rendus dans les cliniques et les centres hospitaliers, leurs services sont notamment appréciés dans les industries, les résidences pour personnes âgées, les centres d'hébergement et de réadaptation, les écoles, les prisons et les cliniques privées et publiques offrant des services de psychothérapie. Grâce à cette diversité des lieux de pratique et des clientèles servies, la majorité des infirmières praticiennes américaines développent des spécialités cliniques.

Au Canada, cinq provinces canadiennes (Alberta, Ontario, Terre-Neuve, Manitoba et Saskatchewan) ont prévu des dispositions légales permettant la création et la reconnaissance d'une pratique autonome de l'infirmière praticienne de première ligne qui n'est pas dépendante d'un mécanisme de délégation d'actes. Il est à noter que cette pratique est également développée dans les secteurs spécialisés et ultraspécialisés en collaboration avec les médecins spécialistes. La reconnaissance légale de cette pratique dans les milieux de soins spécialisés et surspécialisés progresse notamment en Ontario et en Nouvelle-Écosse.

Citons brièvement une étude récente du Dr Mundinger (2000) parue dans le *JAMA*, qui démontre l'apport des infirmières praticiennes en première ligne. En effet, il s'agit d'une étude comparative sur les infirmières praticiennes et les médecins dans un contexte de soins ambulatoires où les deux groupes de professionnels ont le même niveau d'autorité, de responsabilité, d'exigences de productivité et de responsabilités administratives. Les résultats de cette recherche révèlent que la santé des usagers et leur degré de satisfaction à l'égard des deux groupes de professionnels sont comparables.

La compétence des infirmières praticiennes est assurée tant au Canada qu'aux États-Unis par une solide formation de niveau universitaire. Aux États-Unis, 150 programmes de formation d'infirmières praticiennes confèrent un diplôme de deuxième cycle universitaire et 36 États exigent qu'elles détiennent une certification nationale pour pouvoir exercer dans leur territoire.

Au Canada, la formation des infirmières praticiennes s'avère également de niveau universitaire. Les infirmières praticiennes œuvrant en soins spécialisés ont une formation spécialisée en sciences infirmières de deuxième cycle. La certification, comme moyen de garantir la qualité de la pratique de ce groupe de professionnels de la santé, est à l'étude.

Enfin, selon l'American Nurses Association (1999), l'infirmière praticienne est une ressource concurrentielle sur le marché de l'emploi compte tenu de ses coût-efficacité pour les organisations.

Le Québec accuse un retard marqué dans le développement du rôle de l'infirmière praticienne. Les transformations systémiques complexes du système de santé ont créé un climat favorable au déploiement de projets-pilotes dans divers champs cliniques mettant en évidence la contribution d'infirmières praticiennes. Ces projets sont présentés plus loin parmi les pistes de solutions pour faciliter le déploiement des services de base et l'optimisation des services spécialisés et surspécialisés.

L'OIIQ est d'avis que l'infirmière praticienne et le médecin doivent travailler comme les partenaires égaux d'une pratique de collaboration, chacun jouant un rôle distinct et disposant d'habiletés, de connaissances et de philosophies d'intervention complémentaires.

Dans le cadre de ce modèle de collaboration, l'OIIQ propose que l'infirmière praticienne dispense des soins et des services à des clients souffrant de problèmes de santé aigus ou chroniques sans complications et qu'elle réponde aux besoins urgents des clients lors d'événements qui compromettent leur santé ou leur vie, tant dans les services de base que dans les services spécialisés. L'apport des infirmières praticiennes dans la prestation des services permet aux médecins de recentrer leur pratique médicale.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant →](#)



SECTION 1: L'ORGANISATION DES SERVICES

QUESTION D

Quelles autres pistes de solutions proposez-vous pour faciliter l'accessibilité aux services spécialisés dans des délais et des conditions raisonnables ?

1. Le développement du suivi systématique de clientèles

Au Québec, des gains d'efficacité, d'efficacité et d'accessibilité aux services sont encore possibles dans les hôpitaux grâce à de nouvelles modalités de continuité des soins, tel le suivi systématique de clientèles. Dans un contexte où la diminution sécuritaire de la durée des séjours et la continuité des soins sont recherchées, le suivi systématique de clientèles constitue une approche efficace.

Le *Bilan du suivi systématique de clientèles* réalisé par l'OIIQ témoigne du leadership assumé par les infirmières et de leur contribution exceptionnelle aux efforts de développement de cette approche malgré le contexte peu favorable des dernières années (Valois et Villeneuve, 1997). Ces résultats corroborent ceux d'une vaste étude américaine - portant sur l'ensemble des données d'hospitalisation de 502 hôpitaux des États de Californie, du Massachusetts et de New-York - qui démontrent la forte relation statistique entre un nombre élevé d'infirmières et la capacité de diminuer la durée des séjours (American Nurses Association, 1997).

Le bilan québécois permet de conclure que le potentiel d'efficacité dans le développement de cette approche reste à atteindre au Québec. En effet, au moment de l'étude de bilan de l'OIIQ, 22,4 % des établissements ayant répondu au questionnaire (soit 26 CH et 11 CLSC) l'avaient implanté et 28 % (33 CH et 14 CLSC) planifiaient son implantation. Au total, une soixantaine de clientèles peuvent en bénéficier. Plus d'un établissement sur deux ayant répondu au sondage s'est dit intéressé par ce mode de prestation des soins.

La [fiche n° 12](#) en annexe illustre les résultats de recherches de Gina Browne. Ces recherches portent sur le suivi intégré de certaines clientèles comme les aidants naturels auprès de déficients cognitifs, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, et les malades chroniques ainsi que sur des programmes de traitement de la douleur et de réadaptation de jour. Pour des résultats semblables, les coûts par cas sont moins élevés chez les personnes qui font partie d'un programme.

Lors du premier Forum d'experts tenu par la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, le Dr Kane a insisté sur la pertinence de développer un modèle de *case management infirmier*, notamment pour le suivi des malades chroniques. Cet expert considère que le système de santé public canadien constitue un milieu favorable à l'introduction de ce rôle.

L'OIIQ recommande fortement que le suivi systématique de clientèles devienne une priorité et que les responsables cliniques disposent des moyens nécessaires (ressources humaines, financières et technologiques) afin de le développer pour des clientèles ciblées.

2. Le développement d'une pratique de collaboration infirmières praticiennes - médecins spécialistes

Une revue exhaustive de la documentation démontre la compétence des infirmières praticiennes pour traiter et offrir des services de qualité en milieu de soins spécialisés et surspécialisés. Dans les centres hospitaliers, les médecins spécialistes reconnaissent de plus en plus la contribution d'infirmières ayant des compétences spécialisées et exerçant des rôles plus importants. Les principaux domaines cliniques où des développements sont en cours au Québec couvrent notamment la néonatalogie intensive, les soins d'urgence et la néphrologie.

La pratique des infirmières praticiennes en néonatalogie intensive

Au Québec, les premières expériences d'implantation du rôle d'infirmière praticienne ont eu lieu dans une unité tertiaire de soins intensifs néonataux à l'Hôpital de Montréal pour enfants et à l'Hôpital Sainte-Justine.

Les premiers résultats de recherche diffusés (Desrochers, 1999) révèlent qu'il n'y a aucune différence significative entre les

résultats de soins donnés par des infirmières praticiennes et ceux des résidents en médecine pédiatrique, pour les variables suivantes :

- l'amélioration de la santé entre l'admission et le congé ;
- le nombre de jours sur ventilateur ;
- la durée moyenne de séjour ;
- la mortalité enregistrée 24 heures après l'admission dans le secteur.

Ces résultats corroborent les tendances dont font état les études américaines et ont incité notamment l'Hôpital de Montréal pour enfants à consolider de façon permanente ce projet.

La pratique des infirmières praticiennes en salle d'urgence

L'OIIQ procède actuellement à des travaux conjoints avec le Collège des médecins du Québec visant à étudier le rôle possible d'infirmières praticiennes en salles d'urgence. Ces travaux découlent des recommandations du Forum sur la situation dans les urgences mis sur pied par la ministre de la Santé et des Services sociaux, Pauline Marois, en réponse aux problèmes d'engorgement des salles d'urgence du Québec.

L'OIIQ souhaite que les discussions avec les partenaires s'accélèrent pour actualiser dans les meilleurs délais cette recommandation du Forum. L'apport substantiel des infirmières praticiennes pour résoudre les problèmes vécus dans les salles d'urgence, notamment le temps d'attente démesuré et la hausse constante du nombre de clients par rapport à la capacité d'accueil, ne fait aucun doute. Cette conviction est appuyée par la documentation scientifique ainsi que par des expériences cliniques concluantes.

L'Ontario actualise déjà ce rôle dans plusieurs hôpitaux des grands centres et en région. Au Centre hospitalier Chatham Kent Health Alliance, les patients qui, au triage, sont jugés « moins urgents » ou « non urgents » sont pris en charge plus rapidement (*fast track*) par l'infirmière praticienne. Cette dernière évalue leur condition de santé, les traite, dispense les conseils de santé et les directives de traitement et donne le congé. En cas de besoin, elle consulte le médecin de la salle d'urgence ou dirige le client vers celui-ci. Elle assiste également le médecin pour certaines procédures telles que les prélèvements artériels, la réparation de lacérations simples et l'immobilisation de fractures simples.

Il n'est pas étonnant que cette pratique suscite de l'engouement dans les salles d'urgence aussi bien aux États-Unis que dans le reste du Canada. En effet, parmi les études revues par le US Congress Office of Technology Assessment (1986), celle de Hausner conclut que 60 à 80 % des tâches accomplies par les médecins de première ligne peuvent être effectuées par les infirmières praticiennes sans exiger de consultations médicales.

La pratique des infirmières praticiennes en néphrologie

il est reconnu que 80 % des patients traités en néphrologie pour insuffisance rénale chronique ou en phase préterminale de maladie rénale requièrent des soins complexes mais considérés comme des soins de routine (Wish, 1999). L'OIIQ est d'avis, à l'instar de l'Association des néphrologues du Québec, que l'infirmière praticienne a un rôle particulièrement actif à jouer auprès de cette clientèle, permettant ainsi au néphrologue de consacrer plus de temps aux autres clientèles.

La contribution de l'infirmière praticienne se situe donc au niveau de la prise en charge et de la coordination des soins et services dits « de routine » pour les clientèles en phase terminale de maladie rénale, avec ou sans dialyse. Nous pouvons donner quelques exemples de cette contribution :

- la planification du congé du patient hospitalisé ;
- la coordination des ressources requises dans la communauté ;
- les conseils sur le choix de dialyse ;
- le *counseling* auprès du malade et de sa famille ;
- la gestion des complications liées aux accès vasculaires ;
- la revue mensuelle des résultats de laboratoire pour les patients dialysés et l'ajustement de certains dosages ;
- le traitement des problèmes de santé courants des hémodialysés tels que : les infections des voies respiratoires et du système gastro-intestinal, les éruptions cutanées et l'inconfort musculo-squelettique.

Une étude récente du Dr Bolton (1998), confirme la contribution des infirmières praticiennes en néphrologie. Cette recherche porte sur les services rendus à une clientèle en phase terminale de maladie rénale qui bénéficie des services d'infirmières praticiennes pratiquant selon un modèle de collaboration avec les néphrologues dans un centre hospitalier ultraspécialisé. Voici un résumé des résultats de cette étude :

- les infirmières praticiennes augmentent significativement la productivité ;
- le taux de survie de leurs clients est statistiquement supérieur aux taux standards américains ;
- les malades sont satisfaits du confort ressenti, des soins reçus et du niveau de connaissances des infirmières praticiennes ;
- les clients ont exprimé leur préférence pour les infirmières praticiennes, car elles offrent la possibilité d'accéder plus facilement aux services.

Enfin, signalons qu'il existe au Québec de plus en plus d'initiatives locales de directions des soins infirmiers, en collaboration avec les médecins spécialistes de ces centres, pour le développement du rôle d'infirmière praticienne en soins spécialisés et surspécialisés notamment en cardiologie, en orthopédie, en chirurgie maxillo-faciale, etc.

Plusieurs médecins spécialistes ont exprimé leur impatience à voir ces projets mis en œuvre. L'absence de programmes de formation universitaire d'infirmières praticiennes au Québec et de lignes directrices provinciales pour guider et encadrer ce type de projets novateurs ainsi que le manque de ressources financières pour mettre de l'avant des projets cliniques sont parmi les facteurs les plus fréquemment invoqués comme freins à la progression de ce nouveau rôle.



SECTION 1: L'ORGANISATION DES SERVICES

QUESTION E

Quelles modifications apporteriez-vous à l'organisation du travail et à la gestion afin de rendre le système de santé et de services sociaux plus flexible et plus efficace?

1. L'attraction et la rétention des professionnels de la santé

L'adoption des pistes de solutions proposées dans ce mémoire s'avère un bon moyen pour mobiliser les professionnels de la santé. Dans ce même ordre d'idées, les hôpitaux dits « magnétiques » (*magnet hospitals*) demeurent une source d'inspiration pour tous les dispensateurs de soins. Ce sont des établissements qui affichent de bons résultats de soins en dépit des transformations qui ont secoué le milieu hospitalier américain au cours des dernières années (Buchan, 1999). Sur le plan des ressources humaines, ils possèdent des caractéristiques permettant d'attirer et de retenir le personnel clinique. Les principales caractéristiques qui font que ces établissements attirent et retiennent les professionnels de la santé sont les suivantes :

- structure décentralisée ;
- conditions de pratique flexibles ;
- perspectives de carrière clinique ;
- gestion participative ;
- autonomie professionnelle ;
- formation continue accessible ;
- pourcentage élevé d'infirmières dans l'équipe de soins ;
- gestionnaires infirmiers participant au conseil d'administration.

D'autres experts de ces questions mentionnent la nécessité d'adopter des mesures semblables (William M. Mercer, 1999). Au Québec, le contexte de pénurie d'infirmières milite en faveur de la mise en place de mesures pour améliorer l'attraction et la rétention des infirmières (Valois, 1999).

2. Une gestion budgétaire basée sur le type de clientèle et le résultat des soins

Dans la foulée du virage ambulatoire, la clientèle hospitalisée se compose de malades plus âgés, en phase aiguë et dont l'état de santé est cliniquement instable, voire critique, au moment de l'hospitalisation. De plus, la documentation nord-américaine démontre 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 accroît l'intensité des soins par jour (Shamian, 1997).

Au Québec, 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, générer des coûts personnels élevés pour les malades et des coûts sociaux importants. En somme, dans plusieurs cas les indicateurs utilisés ne sont pas compatibles avec l'atteinte d'objectifs de qualité et de meilleurs résultats pour la clientèle. Pour cette raison, l'OIIQ suggère :

- à l'instar de l'Association des hôpitaux du Québec (1997), une nouvelle base d'allocation des ressources aux établissements en fonction du niveau de complexité des soins pour la clientèle ambulatoire, la clientèle psychiatrique, les patients recevant des services de réadaptation et les personnes âgées en perte d'autonomie (mesure d'intensité des soins infirmiers requis) ;
- le développement d'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 quant aux coûts hospitaliers et extra-hospitaliers et aux résultats de soins.

3. Un suivi du pourcentage d'infirmières dans les équipes de soins

La diminution du nombre de lits a entraîné des compressions budgétaires pour les soins infirmiers qui ont été ciblés comme un

intransigentes à réduire. Les compressions budgétaires et la recherche d'une amélioration de la performance peuvent entraîner des effets néfastes sur le plan clinique. En effet, au-delà d'un certain seuil, la baisse des heures-soins et la diminution des pourcentages d'infirmières dans l'équipe entraînent des coûts de non-qualité et des conséquences négatives pour les malades, tels le recours à l'urgence et les 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 (voir la [fiche n° 13](#) en annexe) démontrent un lien entre un faible pourcentage d'infirmières et la hausse des complications évitables comme les pneumonies, les plaies de lit, les infections postopératoires et les infections urinaires. Quant à la baisse de la mortalité hospitalière évitable, plusieurs variables y sont corrélées, notamment un bon pourcentage de médecins spécialistes, la disponibilité des technologies de pointe, le taux adéquat 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 soins (Institute of Medicine, 1996). À cet égard, l'OIIQ suggère que :

- le suivi des indicateurs de qualité de soins infirmiers et de résultats-clientèle (notamment concernant le personnel, les ratios et le taux de réponse aux besoins) soit instauré dans les diverses catégories d'établissements ;
- le MSSS 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 ;
- la comparaison des indicateurs des soins infirmiers entre les centres hospitaliers soit en lien avec la complexité des soins selon l'approche des DRG (diagnostics regroupés pour la gestion).

4. Une plus grande flexibilité sur le plan des conditions de travail et de la pratique

Aux yeux de tous, les nouveaux rôles infirmiers proposés pour le futur nécessitent une importante adaptation des conditions de travail et de pratique professionnelle. À titre d'exemple, la pratique infirmière en émergence suppose une plus grande flexibilité, notamment quant aux lieux de pratique, aux horaires de travail et à la disponibilité sur appel auprès d'un malade, en fonction d'une responsabilité clinique et financière. En outre, dans ce contexte on perçoit la pratique des infirmières comme étant davantage autonome, basée sur la multidisciplinarité et l'expertise clinique, et soutenue par une formation de base et une formation continue plus adaptées aux nouvelles exigences.

Par ailleurs, dès maintenant, la lenteur à effectuer des changements dans les conventions de travail à tous les niveaux comporte des coûts pour les établissements et pour les patients. Plusieurs exemples sont apportés dans ce mémoire. À cela s'ajoute la difficulté d'unifier les unités syndicales là où il y a eu fusion d'établissements et de conclure des ententes locales qui favorisent une plus grande flexibilité.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant →](#)



SECTION 1: L'ORGANISATION DES SERVICES

QUESTION F

Comment comptez-vous appuyer de façon active les solutions que vous privilégiez et qui vous engagent ?

À maints égards, la contribution de l'OIIQ est tributaire du soutien des partenaires et, notamment, de politiques ministérielles pour le développement et la consolidation de certains services que peuvent offrir les infirmières du Québec. Dans ce contexte, l'OIIQ poursuit activement la recherche et le développement de solutions infirmières innovatrices pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et des services à la population selon les quatre axes suivants :

1. Sur le plan des services à rendre à la population :

- continuer de soutenir l'émergence d'un régime d'assurance pour les soins à domicile et l'amélioration de la prestation des soins aux personnes âgées hébergées ;
- favoriser une utilisation plus efficace des infirmières en place en demandant la modification des articles 36 et 37 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* ;
- soutenir le développement du service Info-Santé-CLSC pour qu'il devienne la plaque tournante des services de base au Québec ;
- participer activement au déploiement et à la reconnaissance du rôle des infirmières travaillant en dispensaire dans les régions isolées ;
- continuer d'appuyer le développement du suivi systématique de clientèles comme l'approche clinique adaptée aux besoins de certaines clientèles, qui contribue à la diminution sécuritaire des séjours hospitaliers et à l'intégration de la période de traitement tant à l'hôpital que dans la communauté ;
- soutenir le développement du rôle d'infirmière praticienne dans les services de base, les services spécialisés et surspécialisés ;
- consolider le développement du site Internet de *L'infirmière virtuelle* en réponse aux besoins d'éducation sanitaire de la population.

2. Sur le plan de la représentation clinique régionale :

- collaborer au parachèvement de la Commission infirmière régionale dans chaque région qui dispose d'un siège au conseil d'administration de la région, afin de fournir aux décideurs un canal approprié pour recevoir les avis des infirmières sur toute question concernant les soins et services ;
- soutenir l'émergence d'un mécanisme d'intégration clinique sur une base régionale par l'emploi de ressources expertes telles que des infirmières cliniciennes spécialisées. Ce mécanisme, qui est sommairement décrit à la [fiche n° 6](#) en annexe, se trouve en lien étroit avec le Département régional de médecine générale (DRMG) pour le déploiement et l'arrimage des services infirmiers et médicaux dans une région.

3. Sur le plan de la législation professionnelle :

- déposer à l'Office des professions du Québec (OPQ) une demande de modification des articles 36 et 37 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*. Le nouveau libellé du champ descriptif doit lever l'interprétation juridique restrictive du champ d'exercice infirmier et refléter la contribution spécifique des infirmières. En outre, il doit permettre la reconnaissance des rôles actuels et en émergence ;
- à partir de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, proposer un cadre légal pour la création et la mise en œuvre du rôle d'infirmière praticienne au Québec. Cette nouvelle pratique autonome des infirmières doit être développée en réponse aux besoins exprimés tant en première ligne qu'en milieu spécialisé et ultraspécialisé.

4. Sur le plan d'une politique de développement des soins infirmiers :

- participer activement aux travaux du Forum de planification de la main-d'oeuvre infirmière du MSSS ;
- participer activement aux travaux d'intégration des programmes de formation de niveau collégial en soins infirmiers et de baccalauréat en sciences infirmières, en réponse aux nouvelles exigences de la pratique infirmière ;
- collaborer à l'identification des besoins de formation continue des infirmières et poursuivre l'organisation et le développement d'activités de formation pour y répondre.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant →](#)

[Haut de la page](#)

↑ © Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 1996-2008 | [Droits d'auteur et responsabilité](#) | [Réalisation du site](#) | [Politiques d'utilisation](#) | [English](#) | [Publicité](#)



SECTION 2: LE FINANCEMENT

Au total, « l'industrie de la santé » représente des dépenses annuelles de 20 milliards de dollars. En 1975, les transferts fédéraux couvraient 40 % des dépenses publiques de santé des provinces. Ce pourcentage s'établit à 33 % en 1994. La *Loi canadienne sur la santé* adoptée en 1984 constitue le point de départ de la baisse continue des transferts du gouvernement fédéral aux provinces, qui a fait passer la proportion des dépenses publiques au Canada à 70 %, contre 77 % en 1976 (Di Matteo, 2000). Malgré cette diminution, le gouvernement fédéral veut jouer un rôle central dans la gestion des systèmes de soins. Selon l'analyse de Michel Venne : « L'offensive du fédéral ne permettrait, si elle était couronnée de succès, aucun progrès dans la qualité des soins. Elle augmenterait au contraire la bureaucratie, elle nuirait à la démocratie, à la diversité et à l'innovation. » (Venne, 2000). Au moment de déposer ce mémoire à la Commission Clair, cette stratégie du gouvernement fédéral semble momentanément écartée. Les provinces viennent de recevoir des fonds pour les cinq prochaines années qui ne les ramènent pas tout à fait au niveau des dépenses d'avant les compressions fédérales. Quoiqu'il en soit, cet épisode rappelle que les règles du jeu du réseau sociosanitaire peuvent aussi varier en fonction du rôle que le gouvernement fédéral entend jouer.

Par ailleurs, la situation financière du Québec le classe parmi les provinces moins riches, dont les dépenses publiques de santé représentent 6,3 % du PIB, la moyenne canadienne étant de 6,4 %. Des pressions importantes sont anticipées en ce qui concerne la hausse des dépenses pour la santé et les services sociaux au cours des années à venir, tandis que la situation financière du gouvernement présente des zones de fragilité si l'on en croit les documents de référence de la Commission (voir la [fiche n° 14](#) en annexe). Cette croissance des dépenses est estimée à 3,5 % par an. Or, les soins de santé et les services sociaux ne sont pas le seul secteur économique en croissance. Conséquemment, des arbitrages sont à prévoir pour la distribution des fonds publics entre les différents programmes du gouvernement. C'est pourquoi, selon les analystes, la situation financière du Québec milite en faveur d'une gestion serrée et d'une recherche d'efficacité du système de services de santé et de services sociaux (Bédard, 2000).

Des hypothèses qui supposent une place plus grande pour le secteur privé dans le système font l'objet du débat. Déjà, le régime d'assurance-médicaments, qui est un régime hybride à la fois public et privé, permet de cerner la problématique de l'équité sociale. Dans un contexte de coexistence du secteur privé et du secteur public, l'État québécois doit instaurer de nouvelles politiques, parfois plus contraignantes, en vue de s'assurer que le système de soins et services évolue en respectant les valeurs sociales. Dans un article récent, Manga (2000) rappelle que l'objectif d'équité remonte à l'origine du système. Il le définit en substance comme suit :

- avoir une fiscalité qui favorise les plus pauvres en faisant payer davantage les plus riches ;
- toutes choses étant égales par ailleurs, ne pas imposer une facture plus lourde à ceux qui sont malades.

Relativement à la question de l'équité, l'auteur conclut ce qui suit : « The assumption that we are still redistributing income from rich to poor despite the myriad of changes that have occurred over the past decade may be mistaken, and in any case, needs to be empirically substantiated. » (p. 62).

Selon l'OIIQ, un des principes essentiels du système de santé et de services sociaux est de s'assurer de maintenir l'équité sociale qui est à l'origine de la création du régime public. À cet effet, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux doit évaluer l'effet des solutions qu'elle mettra de l'avant sur l'équité et la rentabilité sociales et en tenir compte dans ses recommandations.

Enfin, l'OIIQ tient à préciser que plusieurs de ses préoccupations concernant le financement ont déjà été abordées à la section sur l'organisation des services. Par conséquent, les commentaires qu'il apporte à la section sur le financement sont plus brefs.



SECTION 2: LE FINANCEMENT

QUESTION A

Partagez-vous l'avis qu'au-delà des problèmes de gestion ou d'organisation, il existe un problème structurel important de financement du système de services sociaux et de santé ?

En ce qui concerne le financement, un des plus importants problèmes structurels est celui des enveloppes budgétaires étanches ou du financement « par silo » qui constitue un frein à l'amélioration de l'efficacité et au développement d'une vision d'ensemble du système (voir [fiche n° 8](#) en annexe). Présentement, il n'est pas possible de prendre des sommes dans l'enveloppe budgétaire qui réalise des économies grâce au développement d'un nouveau service pour les injecter dans le secteur qui développe le nouveau service, dans le but d'améliorer l'efficacité du système dans son ensemble. Chaque « silo » est régi par des règles qui lui sont propres et qui nuisent à l'intégration et à l'efficacité de l'ensemble. Chaque groupe de pression contrôle « son silo » et, dans un contexte d'incertitude et de changement continu, adopte une attitude qui favorise le *statu quo*. Les soins à la population en souffrent. Les changements sont ardu à réaliser et la finalité du système difficile à atteindre, puisque les fins de chaque groupe semblent avoir préséance sur les objectifs de soins des malades. C'est ce qui fait dire à plusieurs analystes que la solution n'est pas de verser plus d'argent.

Conséquemment, pour changer cette dynamique, l'OIIQ propose la fusion des enveloppes, qui seraient administrées par un gestionnaire public responsable à la fois de l'allocation des crédits et de la mise en place d'un modèle de gestion basé sur la recherche d'efficacité. Ces fonds seraient par la suite distribués sur une base régionale selon une formule de capitation et, aux organismes dispensateurs de soins, selon de nouvelles règles du jeu (sous-capitation, coût par cas, indicateurs de résultats, etc.).



SECTION 2: LE FINANCEMENT

QUESTION B

Parmi les pistes de solution énoncées lesquelles privilégiez-vous ? Expliquez les avantages et les inconvénients.

Option 1 de la Commission : La désassurance de services

Il faut rappeler que les seuls services presque entièrement assurés et financés par des deniers publics sont les services médicaux. Au Canada, entre 1975 et 1996, alors que le pourcentage des dépenses publiques sur les dépenses totales du secteur hospitalier est passé de 94 % à 88 %, le pourcentage des services médicaux assurés par les fonds publics est demeuré stable à 99 % (Di Matteo, 2000).

Au Québec, il y a plus de 81 millions de services médicaux rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (1999). Si l'on considère que les 7,2 millions de Québécois ont tous consommé des services médicaux, cela équivaut en moyenne à environ 11 « services » par personne. Plusieurs analystes proposent de confier certains services médicaux à d'autres professionnels (Angus *et al.*, 1995 ; Conseil de la santé et du bien-être, 1995). Le Conseil médical du Québec suggère la hiérarchisation des soins pour recentrer la médecine sur les actes médicaux qui sont propres aux médecins omnipraticiens et spécialistes (CMQ, 1995). Malheureusement, l'exercice entrepris par le Conseil n'est pas complet. Celui-ci se cantonne dans une définition du « médicalement requis » qui englobe tous les services et favorise le *statu quo*. Il ne propose ni la désassurance de certains services, ni la reconnaissance à d'autres professionnels de la santé du droit de poser certains actes si ces derniers peuvent les accomplir de façon plus efficace.

Les propos sur le sujet tenus par le président de la Commission de restructuration des services de santé de l'Ontario, Duncan Sinclair, lors du Forum d'experts de la Commission Clair portant sur les expériences d'autres provinces canadiennes, sont révélateurs. En Ontario, une étude de la facturation médicale a en effet démontré que plusieurs actes médicaux pourraient être faits par des infirmières. Au Québec, les résultats iraient probablement dans le même sens.

Dans un système comme le nôtre, en définitive, la responsabilité de préciser l'éventail des services assurés ne revient-elle pas à l'État ? À ce sujet, on peut s'inspirer de l'expérience de la France. Dans sa conférence, donnée lors du Forum d'experts de la Commission Clair sur les expériences internationales, Francis Kessler a précisé qu'en France la détermination des services assurés est la responsabilité de l'État. Selon l'OIIQ, dans le système québécois, la détermination et la mise à jour régulière de la gamme des services assurés doit être une responsabilité assumée par l'État.

Option 2 de la Commission : L'augmentation des impôts

L'augmentation des impôts pour compenser la croissance des coûts du système semble peu souhaitable puisque, selon les documents de référence de la Commission, les citoyens québécois ont un niveau de taxation parmi les plus élevés au Canada. En outre, avant de considérer de telles avenues, il faut pouvoir instaurer un modèle de gestion basé sur la recherche d'efficacité.

Option 3 de la Commission : La contribution des usagers

La contribution des usagers existe déjà sous des formes diverses, mais aucune politique d'ensemble n'en régit l'application. Parmi les services de santé publics exigeant une contribution des usagers, mentionnons l'hébergement en soins de longue durée, le séjour dans une chambre privée ou semi-privée, les médicaments prescrits, etc. Des contributions sont aussi exigées par la plupart des régimes d'assurance privés. Au Québec, l'instauration du régime d'assurance-médicaments, à la fois public et privé, a mis en lumière des iniquités dans les coûts assumés par différents groupes sociaux (MSSS, 1999a). Il ne faut donc pas prendre pour acquis que les multiples changements apportés à la dispensation des soins et des services respectent d'emblée les valeurs du système. Conséquemment, l'OIIQ suggère que toute contribution financière des usagers, lorsque considérée nécessaire, fasse l'objet d'une évaluation et de mesures pour préserver l'accessibilité aux services et l'équité sociale.

Option 4 de la Commission : La gestion et la production privées de services médicaux spécialisés ou hospitaliers

L'exemple mentionné dans le *Guide d'animation*, soit la chirurgie d'un jour, laisse perplexe puisqu'il s'agit d'un centre d'activité efficace et que, d'autre part, plusieurs salles d'opération du secteur public ne sont pas utilisées à pleine capacité, faute de ressources. S'agit-il d'un moyen visant à retrouver une marge de manœuvre pour réduire les coûts de production ? Ces organisations de production privée de services médicaux vont-elles écrémer le marché et contribuer à l'alourdissement des soins dans le secteur public ? Alors qu'on ne cesse d'entendre parler de pénurie de médecins, ces nouvelles organisations vont-elles drainer les effectifs médicaux en dehors des hôpitaux et accentuer les problèmes de listes d'attente ?

En l'absence de scénarios clairs soumis par la Commission, l'OIIQ manifeste une réserve par rapport à cette option. Si elle est retenue, il considère que tous les services médicaux privés subventionnés par des fonds publics devraient être contrôlés par une organisation du secteur public. De plus, tout projet devrait faire l'objet d'une évaluation préalable et rigoureuse des fonds publics qui y sont investis, des besoins et des bénéfices anticipés par l'organisation territoriale. Enfin, ces partenaires privés devraient être soumis à une reddition de comptes portant sur l'atteinte des objectifs qui leur sont assignés.

Option 5 de la Commission : L'impartition des services de support et de soutien

Cette option de la Commission est à considérer sous le même angle d'analyse que l'option précédente. Tout projet d'impartition subventionné par des fonds publics devrait être contrôlé par une organisation du secteur public. De plus, chaque projet devrait faire l'objet d'une évaluation préalable et rigoureuse des fonds publics qui y sont investis, des besoins et des bénéfices anticipés par l'organisation territoriale. Ces partenaires privés devraient être soumis à une reddition de comptes portant sur l'atteinte des objectifs qui leur sont assignés.

Option 6 de la Commission : La création de caisses spéciales

Pour l'OIIQ, la création d'une caisse-santé mérite d'être étudiée plus à fond pour la gestion courante du système dans la mesure où elle permet de régler le problème des enveloppes budgétaires étanches et d'implanter une vision systémique et un modèle de gestion basé sur la recherche d'efficacité.

Option 7 de la Commission : La vente de services spécialisés aux non-résidents

Cette option contribuerait-elle à l'amélioration du système public de soins québécois ? Au moment où nous connaissons d'importants problèmes d'organisation, un manque de ressources et un manque de financement, les gestionnaires publics vont-ils se concentrer davantage sur le développement d'un marché à l'extérieur que sur la solution des problèmes de gestion interne ? La vente de services spécialisés aux non-résidents est-elle une priorité du système au moment où les listes d'attente sont si longues ?

Option 8 de la Commission : Les modes de distribution budgétaire

La responsabilité administrative de la dispensation et de l'adéquation des services avec les besoins de la population d'un territoire revient au palier régional. Pour concrétiser les options proposées à la section sur l'organisation des services de ce mémoire, il faut revoir les modes de distribution des ressources financières aux régions et considérer de leur répartir l'ensemble des budgets. Actuellement, des composantes budgétaires essentielles sont exclues de la responsabilité des régions. Or, toute entité régionale qui n'a pas la responsabilité des enveloppes des services médicaux et des médicaments ne peut produire des services intégrés (Leatt *et al.*, 2000).

Des travaux sont en cours au Québec concernant la répartition des budgets en fonction de la population d'un territoire, ce qui rend cette démarche réalisable à court terme. En outre, d'autres expériences au Canada viennent appuyer cette tendance : la Saskatchewan et l'Alberta ont adopté cette approche, tandis que la Colombie-britannique, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse souhaitent utiliser une formule basée sur la population pour financer les instances régionales. À titre d'exemple, en Alberta, la responsabilité ultime de l'administration des établissements a été confiée à l'entité régionale.

La mise en place de ce mécanisme a pour effet de rendre possible l'imputabilité et d'autre part d'accélérer le développement de services prioritaires dans les régions pour parachever le virage ambulatoire. L'application d'un tel modèle requiert du MSSS de revoir l'intégration fonctionnelle avec les régions dans le sens de politiques et de pratiques de gestion communes (ressources financières, humaines et informationnelles, planification stratégique, amélioration de la qualité, etc.).

[← Précédent](#) [^ : Retour au sommaire](#) [Suivant >](#)



SECTION 2: LE FINANCEMENT

QUESTION C

Quelles autres solutions proposez-vous pour donner des bases financières solides et stables au système ? Explicitez les avantages et les inconvénients.

1. Promouvoir une information plus objective sur les services

Certains défis que doit relever le système de santé et de services sociaux sont de plus en plus connus du public, grâce aux efforts des médias pour diffuser les résultats d'études et offrir une information pertinente. Toutefois, on doit encore faire la promotion d'une information plus objective, notamment en ce qui a trait au fonctionnement du régime, aux services offerts et aux résultats auxquels les malades peuvent s'attendre selon le type de problème de santé rencontré. Ce besoin d'information doit interpeller autant le secteur public que le secteur privé de la santé et des services sociaux à tous les paliers. La [fiche n° 14](#) illustre la difficulté d'avoir accès à une information de qualité sur les médicaments, selon une étude du *New England Journal of Medicine* rapportée récemment dans *La Presse* (Pratte, 2000).

La diffusion d'information plus objective a pour but de réduire l'asymétrie de l'information entre les dispensateurs de soins et les clientèles, et de sensibiliser davantage un plus grand nombre de personnes aux questions et aux enjeux de la santé, incluant les questions financières. L'OIIQ s'inscrit déjà dans cette tendance par la création du site Internet *L'infirmière virtuelle*. De plus, les infirmières qui utilisent l'éducation sanitaire comme moyens d'intervention auprès de la population doivent pouvoir accentuer ce type d'activités. Il s'agit d'une tendance et d'un besoin que la population exprime de plus en plus.

Par ailleurs, la recherche de la transparence comporte des responsabilités pour le gouvernement et pour l'ensemble des organisations du réseau. Cela suppose de produire de l'information sur les coûts des services et des épisodes de soins ainsi que des indicateurs systémiques qui permettent d'apprécier la qualité, l'efficacité et l'évolution de la santé financière du régime. L'information sur les résultats et le coût des services et des épisodes de soins est depuis longtemps exigée par diverses instances, dont l'OIIQ.

Pour répondre à ces demandes, chaque organisation publique ou privée de prestation de soins doit rendre l'information disponible sous forme d'indicateurs de structure, de processus et de résultats. À titre d'exemple, la [fiche n° 15](#) en annexe illustre certains indicateurs qui peuvent renseigner la population sur les organisations qui dispensent les soins et les services.

Enfin, l'OIIQ considère que, pour améliorer la circulation de l'information sociosanitaire, le Québec doit se doter d'un institut québécois d'information sur la santé, à l'instar de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), pour normaliser les données, diffuser des études périodiques, éviter la duplication des travaux d'analyse et consolider les expertises dans ce domaine. L'ensemble des mesures proposées vise à construire des bases solides pour atteindre l'efficacité du système.



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

RÉFÉRENCES

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (1997). *Implementing Nursing's Report Card: A Study of RN Staffing, Length of Stay and Patient Outcomes*, Washington (D.C.), American Nurses Publishing.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (1999). *Advanced Practice Registered Nursing: A New Age in Health Care*, Washington (D.C.), ANA.

ANGUS, D.E., AUER, L., CLOUTIER, J.E., et ALBERT, T. (1995). *Pour un système de soins de santé viable au Canada : rapport de synthèse*, Ottawa, Université d'Ottawa.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC (1997). *Réflexion sur les modalités d'allocation des ressources dans le système sociosanitaire québécois*, Montréal, AHQ, coll. « La Reconfiguration du réseau », n° 11.

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA (1995). [Un cadre touchant la prestation de soins de santé : énoncé de politique](#), Ottawa, AIIC.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ et GLAXO WELLCOME (2000). *La gestion optimale de la santé, un objectif collectif!*, résumé des allocutions prononcées lors du forum *L'économie et la gestion optimale de la santé*, organisé par l'Association internationale des professions de la santé en collaboration avec Glaxo Wellcome, Montréal, 4-5 novembre 1999.

BÉDARD, D. (2000). [Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système](#), rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, École nationale d'administration publique, Observatoire de l'administration publique.

BOLTON, W.K. (1998). « Nephrology nurse practitioners in a collaborative care model », *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 31, n° 5, p. 786-793.

BROWN, S.A., et GRIMES, D.E. (1993). *Nurse Practitioners and Certified Nurse-Midwives: A Meta-analysis of Studies on Nurses in Primary Care Roles*, Washington (D.C.), American Nurses Publishing.

BROWNE, G., ROBERTS, J., GAFNI, A., WEIR, R., WATT, S., et BYRNE, C. (1995). « More effective and less expensive: Lessons from five studies examining community approaches to care », *Health Policy*, vol. 34, n° 2, p. 95-112.

BUCHAN, J. (1999). « Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 1, p. 100-108.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1998). *La Situation démographique au Québec, édition 1998*, Québec, Publications du Québec.

CENTRE FOR NURSING STUDIES et THE INSTITUTE FOR THE ADVANCEMENT OF PUBLIC HEALTH (2000). *Evaluation of Registered Nursing Practice Models in Primary Health Care Settings: Status Report*, St John's (T.-N.), Institute for the Advancement of Public Health.

COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (2000). [Consultation publique sur le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux : guide d'animation](#), Québec, la Commission.

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE(1995). *Un juste prix pour les services de santé*, Québec, CSBE.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (1995). [Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux](#), Québec, CMQ.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (1996). [Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système efficient de soins de santé et de services médicaux](#), Québec, CMQ.

- CORNELLIER, M. (2000). « À bout de souffle », *Le Devoir*, 4 mai, p. A5.
- DENTON, F., Gafni, A., Spencer, B., et Stoddart, G. (1982). « Potential savings from the adoption of nurse practitioner technology in the Canadian health care system », *Socio-Economic Planning Sciences*, vol. 17, n° 4, p. 199-209.
- DESROCHERS, J. (1999). *Analyse quantitative de l'impact de l'introduction d'un modèle de pratique infirmière avancée dans une unité tertiaire de soins intensifs de néonatalogie*, mémoire, Montréal, Université de Montréal, Faculté de médecine, Département d'administration de la santé.
- DESROSIERS, G. (1998). « [Une histoire à succès du virage ambulatoire. Une économie de 100 millions \\$ avec Info-Santé-CLSC](#) », dans Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé*, Montréal, OIIQ, annexe 4.
- DESROSIERS, G., et VALOIS, M. (1999). *L'efficience et l'efficacité de la pratique infirmière dans un système en mutation*, dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin.
- DI MATTEO, L. (2000). « How government led the way toward private medicine », *National Post*, 24 août, p. C15.
- DUMONT-LEMASSON, M., et Ste-Marie, R. (1997). « Pour tout savoir sur le maintien à domicile au Québec », *CLSC Express*, vol. 10, n° 3, p. 4-5.
- DUPLANTIE, A. (1999). *Bilan de la pratique infirmière en milieu scolaire*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- EVANS, R.G. (1991). « Life and death, money and power: The politics of health care finance », dans T.J. Litman et L.S. Robins (sous la dir. de), *Health Politics and Policy*, 2^e éd., Albany (N.Y.), Delmar, p. 287-301.
- GROUPE SECOR (1996). *Les effectifs de la profession infirmière : analyse prospective et enjeux*, étude réalisée pour l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal.
- HEALTH SERVICES RESTRUCTURING COMMISSION (1999). *Primary Health Care Strategy*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario, la Commission.
- HÉBERT, R. et al. (1997). *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, p. 105, coll. « Études et analyse », n° 33.
- INSTITUTE of MEDICINE (1996). *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?*, Washington (D.C.), National Academy Press.
- JONATHAN, L., et STODDART, G.L. (1985). « Estimates of the potential impact of nurse practitioners on future requirements for physicians in office-based general practice », *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, vol. 76, n° 2, p. 119-123.
- LEATT, P., PINK, G.H., et GUERRIERE, M. (2000). « Towards a Canadian model of integrated healthcare », *Healthcare Papers*, vol. 1, n° 2, p. 13-35.
- MANGA, P. (2000). « The financing of health services: Medicare, deficit politics and equity », *Canadian Health Care Management*, vol. 100, n° 5, p. 61-63.
- MANGA, P., et CAMPBELL, T. (1994). *Health Human Resources Substitution: A Major Area of Reform Towards a More Cost Effective Health Care System*, Ottawa, Université d'Ottawa, coll. « Cost-Effectiveness of the Canadian Health Care System: Working Paper », n° 94-01.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999a). *Évaluation du régime général d'assurance médicaments*, Québec, MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX(1999b). *Statistiques sur le personnel de la santé et des services sociaux 1997-1998*, Québec, MSSS, Service de soutien professionnel et de la rémunération.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX(2000a). *Financement : état de situation et perspectives*, Québec, MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX(2000b). *Organisation des services : état de situation et perspectives*, Québec, MSSS.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX(2000c). *Santé au Québec : quelques indicateurs*, Québec, MSSS.
- MUNDINGER, M.O., et al. (2000). « Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: A randomized trial », *JAMA*, vol. 283, n° 1, p. 59-68.
- NATIONAL PRIMARY CARE RESEARCH AND DEVELOPMENT CENTRE(1999). *Can Nurses Replace GPs? An Evaluation of a Nurse-led Personal Medical Services Pilot Scheme*, Executive Summary 12, Manchester, University of Manchester, NPCRDC.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC(1996). *La place des médicaments dans les soins de santé*, Montréal, OIIQ.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC(1998). *Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé*, Montréal, OIIQ.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC(2000). *Avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre d'une consultation sur l'informatisation du système de santé*, Montréal, OIIQ.

- PRATTE, A. (2000). « Les médias ne disent pas tout sur les médicaments », *La Presse*, 1^{er} juin, p. B4.
- PRINGLE, D., LEVITT, C., HORSBURGH, M.E., WILSON, R., et WHITTAKER, M.-K. (2000). « La collaboration interdisciplinaire et la réforme des soins de santé primaires », *Canadian Family Physician/Le Médecin de famille canadien*, vol. 46, p. 771-774.
- RECORD, J., MCCALLY, M., SCHWEITZER, S., BLOMQUIST, R., et BERGER, B. (1980). « New health professions after a decade and a half: Delegation, productivity and costs in primary care », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 5, n° 3, p. 470-497.
- RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC (1999). *Statistiques annuelles 1998*, Québec, RAMQ.
- SHAMIAN, J. (1997). « *How nursing contributes towards quality and cost-effective health care* », *International Nursing Review*, vol. 44, n° 3, p. 79-84, 90.
- SHINDUL-ROTHSCHILD, J., LONG-MIDDLETON, E., et BERRY, D. (1997). « 10 keys to quality care », *American Journal of Nursing*, vol. 97, n° 11, p. 35-43.
- SUTHERLAND, R.W. (1996). *Will Nurses Call the Shots? A Look at the Delivery of Health Care Twenty Years from Now*, Plevna (Ont.), L'Auteur (distribué par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada).
- TAMBLYN, R., et PERREAULT, R. (2000). « *Prescription drug use and seniors* », *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, vol. 19, suppl. 1, p. 143-175.
- U.S. CONGRESS, OFFICE OF TECHNOLOGY ASSESSMENT(1986). *Nurse Practitioners, Physician Assistants and Certified Nurse-Midwives: A Policy Analysis*, Health Technology Case Study 37, OTA-HCS-37, Washington (D.C.), U.S. Government Printing Office.
- VALOIS, M. (1999). *Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen termes au Québec : étude exploratoire*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- VALOIS, M. (2000). *Statistiques sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 1^{er} novembre 1999*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- VALOIS, M., et VILLENEUVE, L. (1997). *Bilan du suivi systématique des clientèles : vers un nouveau contrat entre les infirmières et les clientèles*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- VENNE, M. (2000). « [Pourquoi la santé va aux provinces](#) », *Le Devoir*, 2 septembre, p. A8.
- WILLIAM M. MERCER (1999). [Attracting and Retaining Registered Nurses: Survey Results](#), New York, William M. Mercer.
- WISH, J.B. (1999). « Part II: Scope of practice, the Pre-ESRD patient, the principal physician, physician extenders. The specialist's role in the 21st century », *Nephrology News & Issues*, vol. 13, n° 4, p. 48-50.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant →](#)



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

FICHE N° 1

Pour atteindre un modèle de soins de santé intégrés

Les types d'intégrations suivants sont considérés comme des outils nécessaires pour l'amélioration du système de soins :

- L'intégration fonctionnelle :
 - Le degré de coordination des activités et fonctions-clés de soutien (gestions des ressources financières, des ressources humaines et de l'information, planification stratégique, marketing et amélioration de la qualité) par des unités opérationnelles essentielles afin d'ajouter le plus de valeur possible au système.
 - L'intégration implique le partage des politiques et des pratiques communes par chacune de ces fonctions-clés, mais ne signifie pas la simple centralisation ou standardisation de ces activités.
- L'intégration de la pratique médicale :
 - L'importance du lien économique des médecins au système, de l'utilisation de ses équipements, installations et services, et de la participation active à sa planification, sa gestion et son administration.
 - Ce type d'intégration s'appuie notamment sur la pratique en groupe et le participation des médecins au conseil d'administration et aux comités consultatifs.
- L'intégration clinique :
 - Ce type d'intégration réfère à un concept « parapluie » qui inclut les notions de continuité des soins, de coordination des soins, de contrôle des maladies, de bonne communication entre les prestataires de soins, de partage d'information et de dossiers, d'élimination de la duplication des procédures et interventions et, en général, l'assurance que rien ne tombe entre deux

Source : Traduit de Leatt, P., Pink, G.H., et Guerriere, M. (2000). « Towards a Canadian model of integrated healthcare », *Healthcare Papers*, vol. 1, n° 2, p. 13-35.



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

[Recherche par
thèmes](#)

[← retour à la liste des publications](#)

[Retour au sommaire](#)

[Recherche
alphabétique](#)

Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

[Liste de
publications
électroniques](#)

FICHE N° 2

[Outils
promotionnels](#)

Stratégie de soins de santé primaires en Ontario

La Commission de restructuration des services de santé a proposé un modèle de services de première ligne en Ontario.

[Renseignements
généraux](#)

Sommaire des recommandations :

- Services de première ligne complets : évaluation de la santé, prévention de la maladie et promotion de la santé, éducation, diagnostic, traitement d'épisodes de maladie et suivi de maladies chroniques, soins palliatifs, soins liés au système reproducteur, santé mentale, coordination des services de réadaptation et autres services (soins prolongés), soutien à domicile, etc.
- Services accessibles 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.
- Pratiques de groupe avec une équipe de base composée d'un médecin et d'une infirmière praticienne qui s'adjoint d'autres professionnels.
- Le client s'inscrit auprès d'un groupe.
- Financement mixte : capitation ajustée selon l'âge et le sexe pour les services de base et une autre forme de paiement pour les services d'urgence, l'assistance chirurgicale, les consultations en télémédecine, les visites à domicile, etc.
- Le groupe développe des ententes avec différentes organisations de soins afin d'assurer un *continuum* de soins complets et coordonnés.
- Chaque groupe a une structure de gestion avec deux postes-clés : un administrateur du groupe et un directeur clinique.

Ce qui est particulièrement intéressant dans ce modèle, c'est la collaboration entre les médecins et les infirmières praticiennes.

Source : Health Services Restructuring Commission (1999). *Primary Health Care Strategy*, Toronto, Gouvernement de l'Ontario, la Commission.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant →](#)



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

FICHE N° 3

Comparaison des indices de production, de consommation et de besoins entre les régions régionales

Régions régionales	Production (1)	Consommation (1)	Besoins
01 Bas-Saint-Laurent	110,3	131,5	108,4
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	107,1	115,5	98,8
03 Québec	131,1	93,6	94,5
04 Mauricie et Centre-du-Québec	83,8	106,8	106,6
05 Estrie	108,8	103	104,5
06 Montréal-Centre	143,5	94,9	103,4
07 Outaouais	84,1	113,2	98,3
08 Abitibi-Témiscamingue	111,3	128,1	107,8
09 Côte-Nord	140,6	176,2	97,9
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	123,7	174,2	119,2
12 Chaudière-Appalaches	63,9	101,7	103,5
13 Laval	48,9	88,5	89,2
14 Lanaudière	46,4	87,1	99,6
15 Laurentides	55,3	90,4	100,5
16 Montérégie	52,0	89,4	94,7
TOTAL QUÉBEC	100	100	100

(1) Les indices incluent les soins surspécialisés dont la consommation a été répartie au prorata de la population.

Source : Bédard, D. (2000). *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, École nationale d'administration publique, Observatoire de l'administration publique.



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

Recherche par
thèmes

[← retour à la liste des publications](#)

[Retour au sommaire](#)

Recherche
alphabétique

Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

Liste de
publications
électroniques

FICHE N° 4

Outils
promotionnels

Renseignements
généraux

Ratio d'infirmières en pratique par 1 000 de population par région administrative et pour l'ensemble du Québec

Région administrative	Population de 1997(1)	% (1)	Infirmières (2)	% (d)	Ratio(3) (e)	ETC(4) (RSSS) (f)	% (g)	Ratio(5) (h)
	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)
Bas-Saint-Laurent (01)	208 535	2,8	2 011	3,3	9,6	1 126	3,2	5,4
Saguenay-Lac-Saint-Jean (02)	296 537	4,0	2 523	4,1	8,5	1 433	4,0	4,8
Québec (03)	659 858	8,9	7 937	13,0	12,0	4 589	12,9	7,0
Mauricie (04) **	267 771	3,6	2 169	3,6	8,1	1 226	3,5	4,6
Estrie (05)	289 645	3,9	2 548	4,2	8,8	1 590	4,5	5,5
Montréal (06)	1 833 085	24,7	22 495	36,8	12,3	13 192	37,2	7,2
Outaouais (07)	319 054	4,3	2 065	3,4	6,5	1 258	3,5	3,9
Abitibi-Témiscamingue (08)	157 966	2,1	1 347	2,2	8,5	808	2,3	5,1
Côte-Nord (09)	106 532	1,4	941	1,5	8,8	523	1,5	4,9
Nord-du-Québec (10) *	37 476	0,5	291	0,5	7,8	228	0,6	6,1
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine(11)	107 005	1,4	988	1,6	9,2	612	1,7	5,7
Chaudière-Appalaches (12)	390 098	5,3	2 410	3,9	6,2	1 389	3,9	3,6
Laval (13)	350 401	4,7	1 697	2,8	4,8	984	2,8	2,8
Lanaudière (14)	394 684	5,3	1 661	2,7	4,2	991	2,8	2,5
Laurentides (15)	453 276	6,1	2 269	3,7	5,0	1 272	3,6	2,8
Montréal (16)	1 326 265	17,9	6 243	10,2	4,7	3 454	9,7	2,6
Centre-du-Québec (17) **	221 702	3,0	1 457	2,4	6,6	824	2,3	3,7
TOTAL	7 419 890	100,0	61 052	100,0	8,2	35 499	100,0	4,8

* Comprend les régions sociosanitaires 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James).

** Les ETC étant disponibles globalement pour ces deux régions, ils ont été répartis à chaque région en proportion du nombre d'infirmières indiqué à la colonne (c).

(1) Source : Bureau de la statistique du Québec (1998).

(2) Source : Fichier des membres de l'OIIQ au 1^{er} novembre 1999.

(3) Il s'agit du ratio d'infirmières par 1 000 de population : (e) = [(c) / (a)] X 1 000.

(4) Il s'agit des infirmières soignantes qui font partie du réseau de la santé et des services sociaux, en ETC, (MSSS, 1999b). Les gestionnaires de soins infirmiers ne sont pas inclus dans ce ratio.

(5) Il s'agit du ratio des ETC d'infirmières soignantes par 1 000 de population : $(h) = [(f) / (a)] \times 1\,000$.

Source : Valois, M. (2000). *Statistiques sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 1^{er} novembre 1999*, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant →](#)

[Haut de la page](#)

↑ © Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 1996-2008 | [Droits d'auteur et responsabilité](#) | [Réalisation du site](#) | [Politiques d'utilisation](#) | [English](#) | [Publicité](#)



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

FICHE N° 5

Projet SIPA (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie)

- Projet expérimenté dans deux CLSC (Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville) en collaboration avec des partenaires hospitaliers (Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis, le Centre hospitalier de St. Mary, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôpital Notre-Dame-de-la-Merci).
- Une organisation ayant des assises territoriales et communautaires assume la responsabilité clinique et financière de l'ensemble des services de santé et des services sociaux de première et de deuxième ligne requis par une population de personnes âgées ayant des incapacités.
- Principes sous-jacents :
 - Un financement par capitation ;
 - Une gestion publique ;
 - Des services produits par le groupe SIPA ou offerts par d'autres établissements sous contrat ;
 - Un *continuum* de services est assuré à une population de personnes âgées vulnérables ;
 - Une responsabilité administrative, financière et clinique des services requis par cette population.
- Contribution des infirmières au suivi systématique de clientèles :
 - Les infirmières assument la responsabilité des soins ainsi que la coordination des soins et services afin d'assurer une prise en charge continue des clientèles dans la communauté, 24 heures sur 24, et d'éviter les rechutes et les hospitalisations.



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

[Recherche par
thèmes](#)

[< retour à la liste des publications](#)

[Retour au sommaire](#)

[Recherche
alphabétique](#)

Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

[Liste de
publications
électroniques](#)

FICHE N° 6

[Outils
promotionnels](#)

Mandat proposé pour le mécanisme d'intégration clinique régional

- Créer des réseaux d'infirmières, d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé experts accessibles aux niveaux régional ou sous-régional ;
- Coordonner ces ressources professionnelles occupant des fonctions qui couvrent plusieurs établissements ou des fonctions territoriales ;
- Établir un maillage avec les directions de santé publique, notamment en vue de l'opérationnalisation des programmes de santé publique ;
- Développer des activités de formation clinique d'appoint selon les priorités régionales ;
- Coordonner les activités et les interfaces avec Info-Santé-CLSC ;
- Collaborer à des comités conjoints avec le Département régional de médecine générale dans le but de solutionner des problématiques liées à la prestation des soins dans la région.

[< Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant >](#)



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

Résumé de l'avis de l'OIIQ sur le développement des technologies de l'information et du dossier patient unique

- 1. Accès à l'information pour les intervenants du secteur** En ce qui concerne les infirmières :
 - Un large accès à l'information est nécessaire pour soigner efficacement.
 - Il faut retenir que les infirmières ont besoin d'un accès approprié à l'exercice de leurs fonctions : pratique professionnelle 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine et, dans plusieurs secteurs cliniques (25 % des infirmières exercent dans plus d'un champ de pratique).
 - Quelle information sera disponible ? La profession d'infirmière a son mot à dire concernant notamment la durée de validité de l'information, la mise à jour de l'information en temps réel, la mise en place d'un langage commun plus large basé sur des classifications et accepté par les cliniciens ainsi que l'économie de l'information.
- 2. Respect du consentement et protection des renseignements personnels** L'Ordre participe aux travaux du Comité national sur la sécurité et souscrit aux orientations sur le sujet :
 - Promouvoir un équilibre entre le droit à la vie privée et le respect et la sauvegarde de la vie.
 - Les professionnels ont besoin d'accéder à toute l'information pour soigner. Les patients en sont conscients et coopèrent.
 - Trouver un moyen simple de gérer le consentement par période de traitement.
 - En outre, il s'avère primordial de gérer la confidentialité, au niveau des professionnels, par divers moyens, notamment l'éducation et les mesures visant à promouvoir le respect de la confidentialité.
- 3. Inforoute gouvernementale**
 - Cette technologie semble être au point, mais il reste à bien la gérer pour s'assurer des retombées sur le plan clinique. Il semble que la principale embûche soit de nature légale ; alors il faut y voir rapidement.
- 4. Priorisation des systèmes à valeur ajoutée**
 - Des systèmes apportant une plus-value pour la prestation des soins infirmiers sont à considérer.
 - Le développement d'outils cliniques complémentaires pour soutenir la pratique clinique ; l'utilisation des bases de données nécessaires pour les soins au patient, avec un vocabulaire normalisé pour la comparaison interétablissements et l'amélioration de la qualité des services.
- 5. Partenariat privé et public** Il faut trouver un moyen d'allier les forces des deux secteurs. Il apparaît primordial de laisser aux instances cliniques du secteur public une place importante en ce qui concerne la normalisation, afin de parler le même langage et de pouvoir comparer les mêmes choses, et l'évolution des contenus. Enfin, il y a un besoin de financement pour développer les systèmes d'information clinique selon une démarche initiée par les établissements (du bas vers le haut et non l'inverse).

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2000). *Avis présenté au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le cadre d'une consultation sur l'informatisation du système de santé*, Montréal, OIIQ.



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

[Recherche par
thèmes](#)

[← retour à la liste des publications](#)

[^ Retour au sommaire](#)

[Recherche
alphabétique](#)

Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

[Liste de
publications
électroniques](#)

FICHE N° 8

[Outils
promotionnels](#)

Les difficultés de la recherche d'efficacité dans un mode de fonctionnement par enveloppe budgétaire étanche

Le développement de nouveaux services, dont l'efficacité est démontrée, est freiné à cause du fonctionnement par enveloppe budgétaire étanche. Présentement, il n'est pas possible de prendre des sommes dans l'enveloppe budgétaire qui réalise l'économie grâce à un nouveau service pour les injecter dans le secteur qui développe le nouveau service dans le but d'améliorer l'efficacité du système dans son ensemble.

Des dépenses additionnelles sont nécessaires dans l'enveloppe budgétaire de l'établissement qui adopte le nouveau service, alors que les économies se manifestent dans une autre enveloppe budgétaire.

Il s'ensuit un incitatif négatif au développement de nouveaux services et à une vision de système.

Nouveau service	Économie pour l'enveloppe budgétaire	Dépense additionnelle pour l'enveloppe budgétaire
Infirmière première assistante en chirurgie	de la rémunération médicale	des centres hospitaliers
Infirmière en néonatalogie intensive	de la rémunération médicale	des centres hospitaliers
Enseignement sur la bonne utilisation des médicaments	du régime d'assurance-médicaments public ou privé	des établissements
Info-Santé-CLSC	de la rémunération médicale des centres hospitaliers	des CLSC

[← Précédent](#) [^ Retour au sommaire](#) [Suivant >](#)



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

[Recherche par
thèmes](#)

[← retour à la liste des publications](#)

[Retour au sommaire](#)

[Recherche
alphabétique](#)

Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

[Liste de
publications
électroniques](#)

FICHE N° 9

[Outils
promotionnels](#)

Études nord-américaines sur l'utilisation plus efficace des infirmières

[Renseignements
généraux](#)

ÉTUDES	POINTS SAILLANTS
Brown et Grimes (1993)	Revue de la documentation sur l'impact des infirmières de première ligne sur les résultats de soins.
Denton, Gafni, Spencer et Stoddart (1982)	16 à 24 % des coûts ambulatoires auraient pu être économisés, au moment de l'étude, par les infirmières praticiennes. Au Québec, cela représenterait des économies chiffrées à 528 millions \$.
Evans (1991)	Diminution considérable de coût anticipée notamment par une meilleure utilisation des infirmières praticiennes et des sages-femmes.
Groupe Secor (1996)	Gains potentiels chiffrés à 165 millions \$ grâce à une meilleure complémentarité infirmières-médecins.
Jonathan et Stoddart (1985)	Étude ontarienne qui identifie un potentiel d'économie de 20 % à 32 % en première ligne à la suite d'une meilleure utilisation des infirmières. Au Québec, cela voudrait dire des gains entre 200 et 320 millions \$.
Manga et Campbell (1994)	Revue de la littérature et pistes d'amélioration de l'efficacité des ressources humaines en santé.
Record, McCally, Schweitzer, Blomquist et Berger (1980)	Diminution de 12 % du coût global des soins de première ligne : au Québec, cela voudrait dire des gains estimés à 264 millions \$.
Sutherland (1996)	Évolution du rôle des professionnels et opportunités nouvelles pour les infirmières et autres professionnels.
U.S. Congress, Office of Technology Assessment (1986)	Efficacité égale et plus grande satisfaction des patients traités par des infirmières, à des coûts moindres que par des omnipraticiens (formation, rémunération et coûts des soins).

Source : Desrosiers, G., et Valois, M. (1999). *L'efficience et l'efficacité de la pratique infirmière dans un système en mutation*, dans O. Goulet et C. Dallaire (sous la dir. de), *Soins infirmiers et société*, Montréal, Gaëtan Morin

[← Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant >](#)



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

[Recherche par
thèmes](#)

[< retour à la liste des publications](#)

[Retour au sommaire](#)

[Recherche
alphabétique](#)

Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

[Liste de
publications
électroniques](#)

FICHE N° 10

[Outils
promotionnels](#)

Pratique infirmière en santé mentale au Québec

Projet métamorphose de l'Hôpital général de Montréal :

- Des infirmières ont instauré un service de liaison communautaire dans le but de dispenser des soins complets dans leur milieu de vie aux personnes atteintes de maladie mentale grave et persistante.
- Les infirmières évaluent les symptômes de la maladie qui empêchent ces personnes d'accomplir les tâches les plus simples et qui ont des répercussions sur leur entourage.
- Elles supervisent la prise des médicaments, administrent des antipsychotiques de longue durée, soutiennent et éduquent les patients.
- Les interventions visent à préserver la santé physique et mentale, à prévenir la maladie, à gérer les situations de crise, à élaborer un plan de traitement, à éduquer et à favoriser la réadaptation.

À cet égard, le virage ambulatoire doit s'appuyer sur l'expertise des infirmières en santé mentale travaillant dans les centres hospitaliers.

[< Précédent](#) [Retour au sommaire](#) [Suivant >](#)



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

FICHE N° 11

Service de première ligne sous la gestion d'une infirmière en Angleterre (un des huit projets-pilotes infirmiers)

Vu la difficulté de recrutement et de rétention de médecins omnipraticiens en Angleterre, des solutions de rechange à la prestation des soins de première ligne et des soins communautaires sont recherchées. Des projets-pilotes ont été mis sur pied, dont certains sous la gestion d'infirmières, principalement en milieu défavorisé.

Un de ces projets, dans la région de Manchester, a été mis en place à la suite du décès d'un omnipraticien qui était responsable d'une clinique médicale. Le centre est maintenant sous la gestion d'un infirmier qui utilise une approche de gestion d'équipe et emploie un omnipraticien à temps partiel (20 heures par semaine) et du personnel administratif. Les cinq infirmières qui y travaillent sont embauchées par un fonds communautaire. Une évaluation de ce projet-pilote par le National Primary Care Research and Development Centre de l'Université de Manchester a révélé :

- qu'il y a un taux de satisfaction élevé chez la clientèle ;
- que ce service procure un point d'accès, de continuité et de stabilité dans un secteur défavorisé ;
- qu'un service géré par une infirmière utilise une approche holistique tenant compte des besoins émotifs, sociaux et physiques des usagers, réduisant l'écart entre le professionnel et le patient ;
- que les usagers apprécient l'excellence de la communication avec les professionnels du centre ;
- que les projets-pilotes sous la gestion d'infirmières offrent une option viable dans des régions où les omnipraticiens sont difficiles à recruter.

Selon les utilisateurs, l'amélioration de la continuité des services et de la communication avec les professionnels de la clinique sont des aspects importants. Le degré de satisfaction élevé de la clientèle contraste avec son niveau d'insatisfaction à l'égard des différents omnipraticiens qui ont défilé à la clinique entre le décès de l'omnipraticien et la prise en charge par l'infirmier.

Lors de l'implantation d'un tel projet, on souligne l'importance de bien informer la clientèle régulière et les utilisateurs potentiels ainsi que les membres du personnel quant aux changements apportés par le nouveau mode de gestion de la clinique. De plus, certaines questions médico-légales sont soulevées par le nouveau rôle de l'infirmière.

Source : National Primary Care Research and Development Centre (1999). *Can Nurses Replace GPs? An Evaluation of a Nurse-led Personal Medical Services Pilot Scheme*, Executive Summary 12, Manchester, University of Manchester, NPCRDC.



[Accueil](#) > [Salle de presse et publications](#) > [Répertoire des publications](#) > **Publications électroniques**

Recherche par
thèmes

[< retour à la liste des publications](#)

[Retour au sommaire](#)

Recherche
alphabétique

Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

FICHE N° 12

Liste de
publications
électroniques

Études sur l'efficacité de programmes intégrés de soins dans la communauté

Outils
promotionnels

ÉTUDE 1 : PROGRAMME DE JOUR POUR DES AIDANTS NATURELS AUPRÈS DE DÉFICIENTS COGNITIFS

Résumé : les personnes en attente d'inscription ou qui ont refusé le programme utilisent plus de ressources (visites infirmières, auxiliaires familiales, repas, omnipraticien et aide ponctuelle) que celles qui sont incluses dans le programme. Il coûterait moins cher de mettre plus de ressources dans le programme que de garder les gens en attente.

CLIENTÈLE	COÛTS ANNUELS	EFFETS MESURÉS
Inscrite au programme	6 779 \$	Les trois catégories ont le même pointage aux échelles mesurant les objectifs dans la vie, le soutien social et le fardeau d'aidants naturels
En attente d'inscription	7 318 \$	
Refus de participer	8 235 \$	

ÉTUDE 2 : CLIENTS RÉFÉRÉS À UN PROGRAMME EN SANTÉ MENTALE

CLIENTÈLE	COÛTS	EFFETS MESURÉS
Inscrite au programme	entre 1 386 \$ et 2 765 \$	Même pointage aux échelles de mesure de la santé mentale

ÉTUDE 3 : CLIENTS RÉFÉRÉS A UNE CLINIQUE DE DOULEUR

CLIENTÈLE	COÛTS	EFFETS MESURÉS
Inscrite à la clinique	entre 3 285 \$ et 3 801 \$	Meilleur ajustement psychosocial
Non inscrite	6 008 \$	

ÉTUDE 4 : CLIENTS RÉFÉRÉS À UN PROGRAMME COMMUNAUTAIRE DE RÉADAPTATION DE JOUR

CLIENTÈLE	COÛTS	EFFETS MESURÉS
Inscrite au programme communautaire	entre 1 792 \$ et 2 219 \$	Meilleurs résultats dans les activités de la vie quotidienne (AVQ)
Non inscrite	16 607 \$	

ÉTUDE 5 : 293 MALADES CHRONIQUES DE CLINIQUES SPÉCIALISÉES (essai contrôlé aléatoire)

CLIENTÈLE	COÛTS	EFFETS MESURÉS
Sans soutien	40 000 \$	Meilleure adaptation
Avec soutien	4 000 \$	

Source : Browne, G., Roberts, J., Gafni, A., Weir, R., Watt, S., et Byrne, C. (1995). « More effective and less expensive: Lessons from five studies examining community approaches to care », *Health Policy*, vol. 34, n° 2, p. 95-112.

[Retour au](#)

[< Précédent sommaire](#)

[Suivant >](#)





Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

FICHE N° 13

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., Smith, H.L., et Lake, E.T. (1994). « Lower medicare mortality among a set of hospitals known for good nursing care », *Medical Care*, vol. 32, n° 8, p. 771-787.
- Brooten, D., et Naylor, M.D. (1995). « Nurses' effect on changing patient outcomes », *Image: Journal of Nursing Scholarship*, vol. 27, n° 2, p. 95-99.
- Hartz, A.J., et al (1989). « Hospital characteristics and mortality rates », *The New England Journal of Medicine*, vol. 321, n° 25, p. 1720-1725.
- Institute of Medicine (1996). *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?*, Washington (D.C.), National Academy Press.
- Kuhn, E.M., Hartz, A.J., Gottlieb, M.S., et Rimm, A.A. (1991). « The relationship of hospital characteristics and the results of peer review in six large States », *Medical Care*, vol. 29, n° 10, p. 1028-1038.
- Manheim, L.M., Feinglass, J., Shortell, S.M., et Hughes, E.F. (1992). « Regional variation in medicare hospital mortality », *Inquiry*, vol. 29, n° 1, p. 55-66.
- Prescott, P.A. (1993). « Nursing: An important component of hospital survival under a reformed health care system », *Nursing Economics*, vol. 11, n° 4, p. 192-199.
- Shindul-Rothschild, J., Long-Middleton, E., et Berry, D. (1997). « 10 keys to quality care », *American Journal of Nursing*, vol. 97, n° 11, 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 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 compressions budgétaires, 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.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1998). *Bilan et perspectives de l'OIIQ sur la réforme du système de santé*, Montréal, OIIQ.



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

FICHE N° 14

Situation financière du Québec

• Dépenses publiques en 1999

- 1 728 \$ par habitant (la moyenne canadienne est de 1 958 \$ par habitant)
- 37,2 % des dépenses gouvernementales totales, soit autour de 14 milliards \$
- 70 % des dépenses totales pour la santé
- en pourcentage du P.I.B. : 7,2 % en 1994 et 6,3 % en 1999, comparable à la moyenne canadienne (6,4 %)

• Dépenses privées en 1999

- 725 \$ par habitant, soit 15,4 % de moins que la moyenne canadienne, le 2^e plus bas après Terre-Neuve
- 30 % des dépenses totales pour la santé

• Dépenses totales pour la santé en 1999

- 2 453 \$ par habitant
- environ 20 milliards \$

• Perspectives concernant l'évolution des dépenses

- *Pressions venant de la demande de services*
 - pressions démographiques : hausse de 1,6 % par an des dépenses estimées à cause du vieillissement
 - nouveaux besoins et attentes plus élevées
- *Pressions venant de l'offre de services*
 - étendue de la couverture
 - évolution du nombre de producteurs de soins
 - évolution de la technologie et de la pratique
- *Pressions venant des coûts unitaires*
 - hausse du coût des intrants
- *Pression totale générant une hausse annuelle estimée à 3,5 %*

• Perspectives de capacité de financement

- croissance modérée de l'économie
- revenus autonomes du gouvernement sensibles à des réductions du fardeau fiscal
- incertitude en ce qui concerne les transferts fiscaux fédéraux
- dette accumulée à alléger
- prise en considération des autres besoins des citoyens

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux (2000a). *Financement : état de situation et perspectives*, Québec, MSSS ; Bédard, D. (2000). *Le financement des soins socio-sanitaires : une nouvelle étape possible dans la réforme du système*, rapport préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, École nationale d'administration publique, Observatoire de l'administration publique.



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

FICHE N° 15

Qualité de l'information concernant les médicaments

Étude de Ray Moynihan publiée dans le *New England Journal of Medicine*, juin 2000

- Un trop grand nombre de reportages exagèrent les avantages d'un médicament, minimisent les risques et omettent de mentionner des conflits d'intérêt potentiels.
- Deux cent sept reportages ont été diffusés sur trois médicaments devant prévenir des maladies graves.
- Dans les journaux nationaux, régionaux et dans les grands réseaux de la télévision américaine, 53 % ne mentionnaient d'aucune façon les effets secondaires.
- Les résultats présentés dans les médias portent sur les avantages exprimés en termes relatifs qui sont plus spectaculaires que les avantages absolus.
- La plupart des recherches ne mentionnent pas les bailleurs de fonds qui sont souvent les fabricants.
- Certaines études ont démontré que les recherches financées par l'industrie aboutissent à des résultats plus favorables.
- Culture médiatique : on aime présenter un portrait optimiste des médicaments (médicament miracle, percée médicale, panacée) alors qu'aucun traitement ne peut répondre à toutes les attentes.

Source : Pratte, A. (2000). « Les médias ne disent pas tout sur les médicaments », *La Presse*, 1^{er} juin, p. B4.



Le financement et l'organisation des services de santé et des services sociaux

FICHE N° 16

Liste d'indicateurs de la performance des établissements de santé

- **Sur les résultats des soins aux patients par type de clientèle, par exemple :**
 - Le taux de mortalité ;
 - Le taux de complications ;
 - Le taux de plaies de lit ;
 - Le taux d'infections en cours de traitement ;
 - La durée de séjour ;
 - Les taux d'incidents et d'accidents (blessures, erreurs de médicaments, chutes) ;
 - Le taux de réadmission ;
 - Le taux de retour à l'urgence.
- **Sur les processus de soins par type, par exemple :**
 - Le nombre d'heures-soins par type de clientèle ;
 - Le taux de roulement du personnel ;
 - Les méthodes pour évaluer les patients ;
 - Les mécanismes de suivi, les plans de soins ;
 - Les délais et attentes pour une intervention ;
 - Le contrôle de la douleur ;
 - L'enseignement à la clientèle ;
 - La planification du départ ;
 - Les mesures de sécurité ;
 - L'utilisation de contraintes physiques et chimiques ;
 - La réponse adéquate aux demandes spécifiques formulées par les patients.
- **Sur les structures, par exemple :**
 - La composition de l'équipe médicale ;
 - La composition de l'équipe de soins infirmiers ;
 - La composition de l'équipe des professionnels ;
 - Le ratio d'infirmière/patients ;
 - Le ratio de personnel auxiliaire/patients ;
 - La qualification du personnel soignant ;
 - La stabilité du personnel, notamment le taux de roulement, la proportion de l'équipe volante.

Source : Shindul-Rothschild, J., Long-Middleton, E., et Berry, D. (1997). « 10 keys to quality care », *American Journal of Nursing*, vol. 97, n° 11, p. 35-43.