

À QUAND UN FINANCEMENT ADÉQUAT DES SOINS INFIRMIERS DANS LA COMMUNAUTÉ?

*LA SANTÉ DE NOTRE NATION,
L'AVENIR DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ*

MARS 2012

MÉMOIRE DE L'OIIQ PRÉSENTÉ
À LA COMMISSION NATIONALE
D'EXPERTS SUR L'AMÉLIORATION
DU SYSTÈME DE SANTÉ DE
L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DU CANADA

À QUAND UN FINANCEMENT ADÉQUAT DES SOINS INFIRMIERS DANS LA COMMUNAUTÉ?

La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé

**Mémoire de l'OIIQ présenté à la Commission nationale
d'experts sur l'amélioration du système de santé de
l'Association des infirmières et infirmiers du Canada**

Mars 2012

Édition

Coordination et rédaction

Johanne Lapointe
Directrice
Direction, Affaires externes

Production

Service des publications

Sylvie Couture
Chef de service

Claire Demers
Adjointe à l'édition

Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ

Révision linguistique

Jocelyne Tétreault

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boulevard Dorchester Ouest
Westmount (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-3770
ventepublications@oiiq.org
www.oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
ISBN 978-2-89229-557-3 (version imprimée)
ISBN 978-2-89229-558-0 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2012
Tous droits réservés

Note – Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ,
le féminin est utilisé uniquement pour alléger la présentation.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
1. Mandat de l'OIIQ	2
2. L'infirmière, pierre angulaire du contexte changeant des soins de santé	3
2.1. Soins plus complexes	4
2.2. Une première ligne forte dans la communauté	4
2.3. L'avis des experts	5
2.4. Regard sur quelques actions internationales.....	6
2.5. Progression accélérée du rôle des infirmières partout dans le monde	7
2.6. Un champ d'exercice infirmier dynamique au Québec	8
2.7. L'infirmière et la collaboration interprofessionnelle	9
2.8. À l'affût d'un cadre adapté de prestation de soins	10
3. Cadres de prestation des soins de santé au Québec et au Canada.....	11
3.1. Cadre de la santé au Canada	11
3.2. L'esprit de la <i>Loi canadienne sur la santé</i>	11
3.3. Nouveau contexte canadien.....	13
3.4. Contexte des soins de santé au Québec.....	15
3.5. Le Québec finance-t-il les bonnes cibles?	18
4. L'incohérence du financement des soins à domicile et de longue durée	20
4.1. Peut-on éviter les hospitalisations?	20
4.2. Avons-nous fait le virage qui s'impose en soins à domicile?	21
4.3. Avons-nous fait le virage qui s'impose en soins de longue durée?.....	22
5. Le panier assurable : mise en contexte pour le Québec	24
5.1. Quels sont les « trous » dans le panier assurable québécois?	26
6. Recommandations.....	28
ANNEXES	32

INTRODUCTION

Le 26 mai 2011, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) lançait officiellement la Commission nationale d'experts sur l'amélioration du système de santé, intitulée *La santé de notre nation, l'avenir de notre système de santé*. Le mandat de la commission est de présenter des solutions politiques (avec entre autres des innovations infirmières) qui contribueront à transformer le système de santé pour en faire un système mieux équipé pour répondre à l'évolution des besoins en vue du renouvellement de l'Accord sur la santé du Canada en 2014.

L'AIIC a formellement invité l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) à présenter un mémoire articulant les positions et préoccupations de l'Ordre quant à ce renouvellement. Nous avons accepté cette invitation avec plaisir. Tout comme l'AIIC, l'OIIQ estime que les infirmières et infirmiers sont un élément central des soins de santé au Québec (et au Canada) et qu'il faut en tenir compte dans la transformation d'un système de soins viable tourné vers la communauté.

La Commission a traité de nombreuses questions clés similaires aux enjeux que l'OIIQ promeut, entre autres : la formation, l'utilisation optimale des ressources, l'interdisciplinarité, la prévention et la promotion de la santé, le transfert des soins vers la communauté, le rôle accru des infirmières pour prévenir et traiter les maladies chroniques etc. Nous l'en félicitons.

Le secteur de la santé est en constante évolution et il est influencé, entre maintes variables, par la mondialisation, les technologies, le vieillissement de la population, le transfert vers la communauté, l'augmentation et la mutation des maladies, les connaissances des travailleurs du secteur et la qualité des soins au patient. Les conditions et caractéristiques du secteur d'aujourd'hui ne sont plus ce qu'elles étaient en 1984, au moment de l'introduction de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).

Ce mémoire met en relief le rôle incontestable que peut jouer l'infirmière dans la transformation du système de santé québécois, ainsi que l'importance pour elle d'avoir les leviers pour occuper pleinement son champ d'expertise, et pour qu'elle puisse le faire dans un environnement de soins dynamique, axé sur le patient, bien financé et favorisant le plus grand accès à tous les citoyens. L'OIIQ profite de ce mémoire pour faire connaître ses opinions sur les facteurs qu'il juge prioritaires en matière d'allocation de ressources dans le contexte du renouvellement de l'Accord – notamment le financement aux soins à domicile et de longue durée – et qui devra tenir compte d'un panier de soins assurables conséquent, plus particulièrement un financement adéquat pour les soins infirmiers en dehors du milieu hospitalier.

1. MANDAT DE L'OIIQ

L'OIIQ, dûment constitué en vertu des dispositions de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c.1-8, est un ordre professionnel dont la fonction principale est d'assurer la protection du public, conformément au *Code des professions du Québec*, L.R.Q., c.C-26, en contrôlant notamment l'exercice de la profession d'infirmière par ses membres. L'OIIQ est un organisme voué à l'amélioration continue de la qualité des soins.

Rappelons que toute personne qui veut exercer au Québec la profession d'infirmière et en utiliser le titre doit détenir un permis de l'OIIQ et être membre en règle de celui-ci, comme l'exige l'article 32 du *Code des professions*. Avec plus de 71 000 membres, l'OIIQ figure parmi les partenaires majeurs du réseau de la santé et des services sociaux.

L'OIIQ adopte des orientations en matière de pratiques cliniques et de formation à la fine pointe des connaissances scientifiques dans le domaine des sciences infirmières. Il fait aussi la promotion de rôles infirmiers particuliers et les documente. L'OIIQ fait également valoir son point de vue sur des sujets d'actualité qui interpellent les infirmières dans leur pratique et en matière de déontologie.

À cet égard, le présent exercice nous amène à nous poser des questions capitales. Dans quel contexte l'infirmière devra-t-elle être outillée pour répondre aux exigences futures du système de santé centré sur la première ligne dans la communauté? Comment peut-elle assumer un plus grand rôle dans la prestation de ces soins, notamment ceux de longue durée et dans la communauté? A-t-elle les leviers nécessaires pour remplir, au maximum de sa capacité, son champ d'exercice actuel?

2. L'INFIRMIÈRE, PIERRE ANGULAIRE DU CONTEXTE CHANGEANT DES SOINS DE SANTÉ

La science infirmière s'enrichit perpétuellement au rythme des découvertes et des connaissances approfondies dans tous les milieux de soins. En synergie avec le besoin de réorienter la prestation, le financement et le panier assurable des soins de santé au Québec, l'infirmière est au cœur de la dynamique de soins. Elle est, en quelque sorte, le catalyseur dans les changements que nous proposons dans ce mémoire à la Commission nationale d'experts. Elle le sera encore plus dans le futur, notamment dans la communauté, lorsque les soins de première ligne y seront développés à leur pleine capacité. Tous vantent les mérites et le nécessaire virage des soins dans la communauté, entre autres le Commissaire à la santé du Québec et l'AIC qui prévoit que 75 % des infirmières exerceront dans le milieu communautaire en 2020¹.

À l'heure actuelle, la profession d'infirmière, parce qu'elle comporte un grand nombre de membres et à cause de la variété de milieux de soins dans lesquels elle évolue, est certes l'acteur le plus significatif de toute réforme visant une amélioration du système de santé au Québec. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : le nombre d'infirmières et d'infirmiers inscrits au Tableau de l'OIIQ atteignait 71 399 en 2010-2011. Rappelons que le nombre de membres de l'OIIQ a dépassé la barre des 70 000 pour la première fois en 2007-2008; il est demeuré stable au cours de la dernière année. La grande majorité des infirmières du Québec sont embauchées par le secteur public. Ce secteur est composé principalement des établissements du réseau public de la santé et des services sociaux (RSSS) qui emploient 82,2 % de l'effectif, soit quelque 55 150 infirmières. Plus de la moitié de ces infirmières travaillent dans une ou plusieurs des installations (mission CH, CHSLD, CLSC ou GMF) des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la province, et environ le tiers dans un centre hospitalier universitaire (y compris les centres affiliés et les instituts universitaires). Le secteur privé emploie, quant à lui, un peu moins de 8 000 infirmières, soit 11,8 % de l'effectif.

Qu'attend-on pour donner à l'infirmière québécoise une plus grande capacité d'action? N'est-elle pas déjà la mieux placée pour répondre au désengorgement des institutions et à la complexification des maladies et des soins ainsi qu'à leur prestation en première ligne, dans la communauté?

¹ Michael Villeneuve, Jane MacDonald (2006). *Vers 2020 : visions pour les soins infirmiers*. Association des infirmières et infirmiers du Canada.

2.1. SOINS PLUS COMPLEXES

La complexité des besoins de santé ira en grandissant, en raison notamment des multipathologies, du vieillissement de la population, de la chronicité, des troubles mentaux, de la persistance d'habitudes de vie nuisibles et des inégalités en santé.

Le déplacement des soins vers le domicile et les services de proximité accordera davantage de place au maintien et à la promotion de la santé ainsi qu'à la prévention des risques et de la maladie, d'où une évolution des stratégies d'intervention et des modes de prestations de soins. Le patient doit être le point de convergence des soins de santé : avec une continuité des soins répondant à ses besoins.

On peut voir d'autres tendances se dessiner :

- le maintien des patients dans leur milieu qui nécessite une prise en charge par des infirmières;
- l'éducation des patients;
- le développement accéléré et spécialisé des connaissances scientifiques et technologiques;
- le développement de la première ligne;
- l'évolution des rôles au sein des équipes de soins;
- l'évolution du contexte international des soins, davantage basés sur le patient, élargissant le rôle de l'infirmière dans une recherche d'efficacité;
- le rehaussement de la formation initiale partout au monde;
- le contexte de mobilité internationale.

2.2. UNE PREMIÈRE LIGNE FORTE DANS LA COMMUNAUTÉ

Les modèles performants de soins favorisent la pratique collaborative et interdisciplinaire, la coordination des soins et une vision de responsabilisation à l'égard des communautés. Les moins performants sont ceux qui fournissent un contact sans prise en charge. La première ligne de soins est une assise sur laquelle on peut bâtir une transformation du système. Les systèmes de santé qui ont une première ligne forte obtiennent de meilleurs résultats, à moindres coûts.

Aux yeux de plusieurs, la continuité des soins serait la clé de services de qualité en matière de soins de première ligne. Pour les patients, cela correspond à une circulation fluide de l'information, au développement d'une relation de confiance avec les professionnels et à des services qui s'adaptent à leurs besoins et caractéristiques. Nous espérons que les prochaines réformes du système de santé québécois viseront à faire

transiger graduellement les soins vers la communauté et le domicile du patient, dans une perspective d'accroissement de la prévention, d'allègement de la pression sur les urgences, les services en centre hospitalier, les soins de santé liés au vieillissement de la population et à la gestion accrue des maladies chroniques.

De par son approche professionnelle, il est reconnu que l'infirmière est celle qui pratique généralement selon une méthode axée sur le continuum des soins. Ce n'est pas pour rien qu'elle est perçue comme un instrument de progrès essentiel pour moderniser le système de santé et le centrer sur les services de première ligne dans la communauté.

2.3. L'AVIS DES EXPERTS

Nombre de commissions et de groupes de travail sur la réorganisation des soins de santé ont, depuis une douzaine d'années, recommandé de nouveaux rôles pour les infirmières, notamment la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Rapport Clair, 2000) et la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002). Dans tous les cas, la perspective mise de l'avant était double: utiliser les infirmières comme ressource pour dénouer des problèmes d'accessibilité aux services et les ramener dans des rôles qu'elles seules peuvent exercer dans la prestation des services infirmiers et médicaux.

Le Commissaire à la santé note que, présentement, le médecin de première ligne est utilisé pour répondre à l'ensemble des besoins des personnes, y compris des services que d'autres professionnels seraient habilités à rendre. Le Commissaire reconnaît que la participation du personnel infirmier aux équipes médicales a fait l'objet de plusieurs études et les preuves quant à l'augmentation de la satisfaction des personnes à l'égard des soins reçus sont importantes².

En raison de leurs compétences approfondies et du fait qu'elles risquent de coûter moins cher au système de santé que les médecins de première ligne, les infirmières devraient davantage faire partie des stratégies de réforme des soins de santé primaires. Dans les soins primaires, les infirmières peuvent effectuer une bonne partie du travail de promotion de la santé dans la pratique de famille, et elles peuvent jouer un rôle clé dans la gestion de maladies chroniques telles le diabète, l'asthme, et les maladies du cœur.

Les commissions et les études passent, mais le même constat est toujours le même. La première ligne de services demeure faible et elle est pourtant la clé d'un système de soins plus performant adapté au vieillissement de la population et à la recherche d'une meilleure efficacité.

² Commissaire à la santé et au bien-être (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009* : Un portrait de la performance du système, particulièrement celle de sa première ligne de soins.

Dans cette perspective, l'infirmière pourrait devenir la voie d'accès à des services de soins complets. D'autres pays ont décidé d'agir. Ceux-ci voient le rehaussement des rôles infirmiers servir à la fois la qualité des soins au patient, l'efficacité du système et la profession d'infirmière elle-même. Qu'attend-on au Québec pour agir en ce sens?

2.4. REGARD SUR QUELQUES ACTIONS INTERNATIONALES

L'OIIQ s'intéresse aux modèles internationaux de soins infirmiers. Les modèles d'organisations de soins qui atteignent une meilleure performance favorisent la pratique de groupe, la multidisciplinarité, la coordination des soins et une vision de responsabilisation à l'égard des communautés desservies et des rôles infirmiers de pointe et innovants.

Voyons quelques exemples. Au Royaume-Uni, le **NHS and Social Care Model** promeut l'emploi d'infirmières à titre de « community matrons », qui sont le pivot de l'organisation et de la prestation des soins aux patients (au moyen d'un mécanisme d'évaluation et de gestion de cas complexes) en interdisciplinarité (avec le soutien des spécialistes), en collaboration avec les patients et leurs proches ainsi qu'en partenariat avec la communauté.

En Californie, **Kaiser Permanente** axe son orientation stratégique sur la qualité des soins et la satisfaction des patients, avec un financement par habitant où l'argent suit le patient. Kaiser a identifié huit champs cliniques prioritaires. Les mesures de satisfaction de la clientèle font partie de la performance clinique. Kaiser a créé des incitations organisationnelles et financières à la performance clinique et a graduellement mis en place des systèmes d'information clinique et d'aide à la décision clinique pour soutenir cette stratégie. Ce modèle implique une participation active des infirmières afin qu'elles jouent un rôle clé au sein d'équipes interprofessionnelles.

Le **Veterans Health Administration (VHA)**, un système public de santé américain, a amorcé dans les années 1990 une réforme organisationnelle, orientée en l'orientant vers la qualité des soins et la satisfaction de la clientèle. Le VHA a mis en place un système intégré d'information clinique pour supporter ce virage. Les gestionnaires du VHA ont délaissé le coût unitaire pour mettre de l'avant la notion de valeur, définie comme le rapport entre la qualité atteinte et le coût. Les infirmières y contribuent significativement. En moins d'une décennie, le VHA est passé du pire système de santé aux États-Unis, en termes de qualité, à l'un des meilleurs.

Il ne faut pas par ailleurs négliger de souligner l'amélioration des soins aigus en milieu hospitalier, notamment les **Magnet Hospitals**. Ceux-ci sont un prix décerné par l'*American Nurses' Credentialing Center*, une filiale de l'*American Nurses Association*. Ces hôpitaux remplissent une série de critères qui mesurent la force et la qualité des

soins infirmiers. Les infirmières y offrent des soins de haute qualité avec des résultats probants pour les patients, une grande implication clinique dans la prise de décision et une satisfaction au travail assurée. Ces hôpitaux promeuvent une communication ouverte entre les infirmières et les autres professionnels de la santé.

Nous devrions commencer à considérer des modèles similaires en analysant leur application au Québec et en vérifiant leur capacité d'adaptation à la « sauce » québécoise. Les infirmières peuvent assumer un plus grand leadership dans tous les milieux de soins et contribuer aux virages qui s'imposent. Les modèles performants d'organisation de services reposent toujours sur une meilleure intégration des services assurés et sur une participation active des infirmières au sein d'équipes interprofessionnelles.

2.5. PROGRESSION ACCÉLÉRÉE DU RÔLE DES INFIRMIÈRES PARTOUT DANS LE MONDE

L'ampleur des défis liés à la santé et aux sciences infirmières a été confirmée par des prises de position et recommandations émises par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Conseil international des infirmières (CII) et le Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEF), entre autres.

À l'échelle mondiale, les infirmières prennent de plus en plus de décisions cliniques, autant dans l'environnement hospitalier que dans le communautaire. L'infirmière peut jouer un rôle significatif et efficace dans la mise en place de nouvelles modalités de prestation de soins dans la gouverne clinique.

Les soins du futur – qu'on prévoit plus nombreux et plus complexes – exigeront beaucoup des infirmières et leur permettront d'exercer davantage de leadership dans la prestation des soins. On s'attendra à ce qu'elles jouent un rôle croissant en soins directs, en soins de longue durée, en soins palliatifs, en première ligne, dans la gestion des maladies chroniques, dans la continuité des soins centrée sur le patient – à la fois dans des établissements et dans la communauté. Une plus grande partie de leur travail se fera dans la communauté. Elles exploiteront davantage les systèmes d'information et les technologies de pointe³.

Elles joueront certes aussi un rôle actif dans la prévention, la promotion et le maintien de la santé, dans le soutien de l'autogestion de la santé et la qualité accrue des soins. Les infirmières seront plus impliquées dans les évaluations, les diagnostics, les traitements, la prescription de médicaments, l'orientation des patients et l'évaluation de l'efficacité des soins. Ici comme ailleurs, le rôle de l'infirmière est donc appelé à s'enrichir

³ Michael Villeneuve, Jane MacDonald (2006). *Vers 2020 : visions pour les soins infirmiers*. Association des infirmières et infirmiers du Canada.

significativement en milieu hospitalier et dans la communauté dans un contexte interprofessionnel d'équipes. On s'attend à ce qu'elles coordonnent les soins et les équipes de soins en milieu institutionnel et communautaire (la collaboration et la coordination entre professionnels et établissements seront la norme)⁴.

L'OIIQ est constamment soucieux de la sécurité du patient et a toujours soutenu l'infirmière dans le rôle qu'elle joue dans la transformation du système. Nous sommes intéressés par l'avenir de la profession et par ses capacités dans le temps à améliorer l'accès, l'efficacité et les soins au patient. Les patients du Québec ont certes droit aux mêmes soins infirmiers qu'ailleurs au Canada et que partout dans le monde.

Les systèmes de santé internationaux misent sur l'infirmière et sur l'introduction de rôles infirmiers de pointe pour améliorer leur performance. Ceci implique une belle synergie entre les décideurs, les milieux de soins et ceux de l'éducation. Qu'est-ce qui nous retient d'entreprendre ici au Québec de pareilles démarches? Le Québec s'est doté en 2002 d'un champ d'exercice infirmier qui permettrait portant des progrès similaires pour la profession, au bénéfice du patient.

2.6. UN CHAMP D'EXERCICE INFIRMIER DYNAMIQUE AU QUÉBEC

Il y a déjà une décennie que des moyens ont été pris au Québec afin que l'infirmière devienne une pierre angulaire du désengorgement en première ligne, de l'appui au médecin de famille, de la prévention, de la promotion de la santé, de la gestion des maladies chroniques, avec les 14 activités qui lui sont confiées par la *Loi sur les infirmières et infirmiers du Québec*, la « Loi 90 » (voir l'Annexe 2).

En effet, en 2002, la « Loi 90 » a conféré aux infirmières du Québec un champ d'exercice et une réserve d'activités particulièrement généreuse que d'autres provinces et pays nous envient. Il faut l'occuper pleinement. Il faut donner à l'infirmière la capacité de l'occuper pleinement. Malheureusement, la place prévue pour l'infirmière ne s'est pas complètement concrétisée, faute de planification et d'organisation dans les milieux et de financement adéquat de la première ligne de soins.

Ce champ d'exercice, avec les activités réservées qui en découlent, témoigne du rôle accru des infirmières en matière de soins de santé. Il leur confère une grande autonomie et reconnaît leur jugement clinique, notamment pour l'évaluation de l'état de santé d'une personne, en leur permettant d'initier des mesures diagnostiques ou des traitements selon une ordonnance, ou encore pour la surveillance clinique et le suivi infirmier des personnes qui présentent des problèmes de santé complexes, y compris la détermination et l'ajustement du plan thérapeutique infirmier (PTI).

⁴ Michael Villeneuve, Jane MacDonald (2006). *Vers 2020 : visions pour les soins infirmiers*. Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Bien qu'il ne soit pas exclusif, le champ d'exercice décrit la profession en termes généraux – ce qui la caractérise –, afin d'en cerner la nature et la finalité. En précisant les principales activités professionnelles des membres de la profession, il établit les balises à l'intérieur desquelles s'exercent les activités réservées et, par le fait même, il circonscrit la portée de ces activités (OPQ, 2003, p. 2). L'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* définit le champ d'exercice de la profession comme suit :

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation d'un plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ».

Le Québec paie un prix élevé en n'encourageant pas les infirmières à remplir leur champ d'exercice tel que défini par la « Loi 90 ». Il importe de donner à toutes les infirmières les moyens d'assumer l'ensemble des responsabilités que leur confère la loi. L'élargissement du champ d'exercice selon la « Loi 90 » doit être occupé pleinement par les infirmières.

Il y a obligation que la formation initiale au Québec corresponde à la définition de l'exercice infirmier (chapitre 36, « Loi 90 ») et à l'étendue de la pratique selon cette définition; la formation en soins infirmiers (180.A0 et 180.B0) non complétée par le baccalauréat en sciences infirmières est devenue insuffisante pour cette correspondance dans le contexte actuel des soins de santé. Vous n'êtes pas sans savoir que l'Ordre est d'avis que la formation initiale pour l'exercice de la profession d'infirmière au Québec soit au niveau du baccalauréat en sciences infirmières comme dans l'ensemble du Canada.

L'occupation du champ d'exercice permettrait d'intensifier le nécessaire accroissement de l'interdisciplinarité. L'apport de la profession d'infirmière ouvrirait la voie à une valeur ajoutée significative dans les équipes de soins. On gagnerait ainsi en impacts systémiques majeurs grâce au nombre d'infirmières et à leur polyvalence accrue.

2.7. L'INFIRMIÈRE ET LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

La réforme de notre système professionnel par la « Loi 90 » (2002) et par la « Loi 21 » (2009) s'est définitivement inscrite dans un cadre de collaboration interprofessionnelle. Dans sa pratique courante, l'infirmière collabore et interagit avec différents professionnels : médecins, pharmaciens, nutritionnistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux, etc. L'infirmière se trouve au centre de tous ces professionnels et on lui demande, dans ses fonctions, de jouer un

rôle de généraliste requérant une variété de capacités analytiques et décisionnelles dans un contexte de coordination et d'interdisciplinarité.

Les infirmières sont celles qui peuvent contribuer grandement à améliorer la prestation des soins de santé au Québec. Les infirmières devraient faire davantage partie des stratégies de réforme des soins de santé primaires.

Les infirmières peuvent fournir des soins de haute qualité dans les domaines de la prévention, le suivi régulier des patients atteints de maladies chroniques et le premier contact avec les personnes atteintes d'une maladie bénigne.

L'infirmière ne veut pas remplacer le médecin. Les infirmières ont à cœur de travailler en collaboration avec les médecins afin d'améliorer la qualité des soins et du système. L'infirmière aimerait voir le médecin prendre en charge, comme il le désire, les cas plus compliqués. L'infirmière de la relève, encore mieux formée, pourrait rendre les soins accessibles à plus de patients et permettre au médecin de se concentrer davantage sur les activités strictement médicales. À cet égard, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) affirme que les infirmières sont d'une aide précieuse en cabinet. Elle suggère qu'augmenter les ressources pour embaucher des infirmières les aiderait beaucoup à rencontrer davantage de patients en cabinet⁵.

2.8. À L'AFFÛT D'UN CADRE ADAPTÉ DE PRESTATION DE SOINS

Les sections précédentes ont mis en évidence le fait qu'on s'attend des infirmières qu'elles participent activement à la transformation du système de santé québécois, et qu'elles utilisent une variété de capacités analytiques et décisionnelles dans un contexte de coordination et d'interdisciplinarité. Les besoins du patient sont grandissants dans un système de santé en évolution. La science infirmière évolue dans tous les milieux où elle exerce.

À la lumière de ce que nous savons, est-ce que l'organisation et le financement des soins de santé suivent les priorités des patients? Une autre question se pose. Les cadres législatifs québécois et canadiens ont-ils évolué pour autant? Reflètent-ils la multitude de changements économiques, cliniques et systémiques qui marquent la prestation de soins de santé dans la province et au pays? Analysons la *Loi canadienne sur la santé* (LCS) et la dispensation des soins au Québec.

⁵ Pierre-Olivier Fortin, Le Soleil (9 décembre 2011). *Migration des pédiatres dans les hôpitaux : poids pour les omnipraticiens.*

3. CADRES DE PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ AU QUÉBEC ET AU CANADA

3.1. CADRE DE LA SANTÉ AU CANADA

Au Canada, en vertu de l'article 92 (7) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, l'organisation et la gestion des politiques de la santé relèvent, dans les 10 provinces, de l'autorité ministérielle responsable de la santé au gouvernement provincial. Chaque province met en place les institutions de gestion et de dispensation des soins de santé. Chaque province et territoire est libre d'établir les règles de financement, d'allocation, et de gestion des soins de santé qui lui semblent appropriées eu égard à sa population et à ses besoins, dans le cadre de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS).

Les gouvernements provinciaux déterminent l'étendue des services « médicalement nécessaires » au sens de la LCS couverts par l'assurance publique. La libre détermination des caractéristiques des systèmes de santé par les gouvernements provinciaux est en effet à relativiser en raison de l'encadrement financier par le fédéral.

Chaque système d'assurance-maladie provincial couvre, selon ses priorités, des services qui pourraient être considérés comme médicalement requis, mais qui ne sont ni dispensés par un médecin ni rendus dans un hôpital. C'est particulièrement le cas de certains médicaments sur ordonnance, des services ambulanciers et des services d'optométrie. En dehors du champ d'application de la loi fédérale, pour les services non requis médicalement, il y a une plus grande disparité de l'intervention des gouvernements provinciaux.

3.2. L'ESPRIT DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La LCS est en vigueur depuis le 1^{er} avril 1984. Elle vise à établir les critères et conditions en vertu desquels le gouvernement fédéral est autorisé à octroyer et à verser « une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés [...] en vertu de la loi d'une province ».⁶

La LCS énonce cinq critères auxquels les régimes des provinces doivent se conformer pour recevoir la participation financière du gouvernement fédéral – soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité :

- gestion publique : le régime doit être géré sans but lucratif par une autorité publique qui relève du gouvernement provincial et qui est assujettie à la vérification de ses comptes et de ses obligations financières;

⁶ Marliisa Tiedemann (2008). *Le rôle fédéral dans le domaine de la santé et des soins de santé*. Bibliothèque du parlement, parlement du canada.

- intégralité : le régime doit assurer tous les soins de santé fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes et, sur autorisation, les services de santé fournis par les autres professionnels de la santé;
- universalité : toutes les personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes;
- transférabilité : lorsqu'une personne s'établit dans une autre province, la province d'origine doit assumer les coûts des soins de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence, délai qui ne doit pas excéder trois mois;
- accessibilité : le régime doit prévoir des soins assurés selon des modalités uniformes et l'accès des assurés aux services de santé assurés doit être satisfaisant, sans faire obstacle au régime, directement ou indirectement, par un mécanisme de facturation ou autrement; le régime doit également prévoir une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour les soins assurés qu'ils fournissent ainsi que le versement de montants aux hôpitaux, relativement aux coûts des soins de santé assurés.

En 1984, la LCS avait pour but explicite d'interdire les paiements par les usagers et la facturation d'honoraires par les médecins, en plus de ceux couverts par les régimes provinciaux. Les soins de santé assurés, définis par la LCS, incluent les services hospitaliers nécessaires et les services médicaux nécessaires fournis par un médecin ainsi que les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires ne pouvant être fournis convenablement que dans un hôpital. Donc, à plusieurs niveaux, les fondements des systèmes de santé provinciaux sont demeurés les mêmes qu'en 1984, malgré les changements profonds dans les connaissances, les technologies, les modèles de soins et les attentes des patients.

Les provinces demeurent libres, sous réserve des droits constitutionnels de leurs citoyens, de légiférer comme elles l'entendent pour tout ce qui est exclu du champ d'application de la LCS. Les dispositions contraignantes de la LCS devraient faire place à un cadre facilitant l'adaptation des systèmes de santé provinciaux, basé sur le respect de leur compétence⁷.

Outre ces cinq conditions, la LCS énonce deux interdictions qui doivent être respectées pour l'octroi des transferts fédéraux. Les gouvernements ne peuvent permettre la surfacturation ni les frais modérateurs. Sur la base de la première interdiction, les médecins n'ont pas la possibilité de demander aux patients un montant plus élevé pour leurs soins que ce qui est autrement autorisé par le régime public. La deuxième interdiction empêche que les soins couverts par le régime d'assurance-maladie provincial ou territorial fassent l'objet d'une contribution directe complémentaire des

⁷ Patrick a. Molinari (2007). *L'interprétation de la loi canadienne sur la santé : repères et balises*.

usagers; il n'est donc pas possible de requérir un « ticket modérateur ». Ce sont principalement ces deux interdictions qui déterminent la spécificité des systèmes de santé au Canada.

La LCS a eu pour conséquence de concentrer l'allocation publique des ressources au Québec et au Canada autour des soins médicaux et hospitaliers, laissant ainsi au privé certains secteurs des soins de santé fournis en dehors de l'hôpital ou par d'autres professionnels que les médecins tels que les médicaments, les soins dentaires, les services psychologiques, diététiques, esthétiques, optométriques, etc. C'est donc presque exclusivement la sphère des soins médicaux et hospitaliers qui est assortie d'une garantie universelle d'accès; pour le Québec, cet accès est prévu et défini dans *Loi sur l'assurance-maladie* et la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*⁸.

À notre avis, ce cadre législatif historique explique en grande partie le sous-financement chronique des soins de première ligne dans la communauté dont la prestation est principalement offerte par les infirmières. Cela explique aussi pourquoi, dans la communauté et dans certains contextes de soins dispensés à l'hôpital, l'infirmière doit recourir à la prescription ou à l'autorisation du médecin pour certaines activités qui font partie de son champ d'exercice, ou qui devraient en faire partie, pour la continuité et la qualité des soins offerts au patient.

Permettre à l'infirmière d'exercer à sa pleine capacité son champ d'exercice priverait, dans certains cas, le médecin de revenus qu'il retire de prescriptions ou d'autorisations. Prenons pour exemple de lui permettre de demander les radiographies à l'urgence. Il en irait de même d'éventuels pouvoirs de prescriptions pour des affections mineures ou les soins de plaies qui permettraient d'offrir les soins en continu et avec une bien meilleure efficacité. D'autres cas : initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance, entamer des mesures diagnostiques à des fins de dépistage et effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance. Dans ces cas, le principal enjeu est que ces services infirmiers deviennent assurables comme la prescription médicale.

3.3. NOUVEAU CONTEXTE CANADIEN

En décembre 2011, le ministre des Finances du Canada a proposé aux provinces un accord de financement non négociable et sans condition : les transferts fédéraux augmenteront de 6 % par année jusqu'en 2016-2017, après quoi l'augmentation dépendra du taux de croissance, sans toutefois descendre sous 3 %.

⁸ Catherine Régis, Anne-Marie Savard (2009-2010). *L'accès aux soins et aux médicaments au Québec; entre l'idéal et la réalité*. Université de Sherbrooke.

Les provinces feront ce qu'elles voudront avec les fonds fédéraux. Le gouvernement fédéral a décidé, sans consulter les provinces et les territoires, de changer la façon de calculer les transferts pour le financement des soins de santé. Le mode de calcul se fera par ailleurs en fonction du produit intérieur brut (PIB) par habitant.

Le ministre Flaherty a déclaré que les provinces devraient réviser leur façon de fournir les soins de santé, afin de maximiser leurs investissements. Les provinces ne s'attendaient pas à être placées devant un nouveau mécanisme de financement, elles croyaient plutôt qu'elles discuteraient de la manière dont pourraient être menées les négociations. L'entente 2004-2014 prévoyait une hausse annuelle des paiements de transfert en santé accordés aux provinces de 6 %. Le Québec reçoit environ le cinquième de ses dépenses annuelles en santé des transferts fédéraux.

TABLEAU 1

Contributions du gouvernement fédéral
(en millions de dollars)

	2009-2010	2010-2011	2011-2012 ^P	Variation annuelle moyenne ¹ (%)
Transferts pour la santé				
Transfert canadien en matière de santé	4 015	4 252	4 486	5,7
Fiducie pour les garanties sur les délais d'attente	48	—	—	
Fonds fiduciaire pour le développement du vaccin VPH	27	—	—	
Fonds de transfert visant la réduction des temps d'attente ²	58	58	58	0,0
Sous-total	4 148	4 310	4 544	4,7
Impôts sur le revenu des particuliers				
Portion notionnelle de l'abattement spécial du Québec relative au Transfert canadien en matière de santé ³	1 723	1 857	1 976	7,1
Sous-total	1 723	1 857	1 976	7,1
Autres programmes				
Entente relative à la Loi fédérale sur le système de justice pénale pour les adolescents	37	37	—	
Entente relative à la participation des personnes handicapées au marché du travail	46	46	46	0,0
Services aux personnes ayant été infectées du virus de l'hépatite C	8	—	—	
Subventions versées aux établissements de santé et autres organismes	119	173	126	2,9
Sous-total	210	256	172	-9,5
TOTAL	6 081	6 423	6 692	4,9
En % des dépenses de santé et de services sociaux	19,4	19,7	19,8	

P. Résultats préliminaires.

1. Variation annuelle moyenne de 2010-2011 à 2011-2012.

2. Il s'agit d'un transfert en vertu de la partie V.1 de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces. Il est accordé sur une base par habitant.

3. La portion notionnelle de l'abattement spécial relative au Transfert canadien en matière de santé correspond à 62 % de l'abattement spécial du Québec de 13,5 %. Le 38 % restant est associé au Transfert canadien en matière de programmes sociaux. Bien que ces revenus soient perçus par le Québec à l'impôt des particuliers, le gouvernement fédéral les considère comme des transferts versés à la province.

L'entente proposée semble sans appel. Le Premier ministre du Canada a été catégorique à cet égard. Le cadre des transferts est ferme, fixé, et les gouvernements provinciaux pourront dépenser les transferts fédéraux à leur guise, comme bon leur semble. Ces nouveaux développements suscitent plusieurs questions, particulièrement :

- si le fédéral se retire du financement lié aux normes, qu'arrivera-t-il à la *Loi canadienne sur la santé*?
- la *Loi canadienne sur la santé* sera-t-elle modifiée? Si oui, comment?
- le financement sera-t-il encore lié au respect de la *Loi canadienne*?
- ce financement sera-t-il assez élevé pour répondre aux besoins à venir?
- quels seraient les impacts pour le système de santé au Québec?
- depuis son adoption, cette loi n'a pas fait l'objet de modifications significatives. Cette loi ne devra-t-elle pas, tôt ou tard, être adaptée aux réalités d'aujourd'hui?

Indépendamment de cette nouvelle situation – et des rebondissements qui pourraient surgir d'ici 2014 – l'OIIQ porte ici un regard objectif sur la dynamique de financement des soins au Québec, notamment le panier de biens assurables. Nonobstant la participation et l'implication du gouvernement du Canada, ou des modifications à la loi, ce panier assurable devra clairement refléter les besoins des patients et des milieux où ils se font soigner.

Les conséquences de ne pas modifier les composantes de ce panier seraient significatives. Le renouvellement de l'Accord constitue une belle occasion de réorienter le financement des soins de santé dans le sens des changements actuels et à venir. L'OIIQ est d'avis que le panier assurable et le financement devront suivre les tendances dans la prestation des soins de santé, notamment la capacité d'assurer les soins infirmiers, plus particulièrement ceux dans la communauté.

3.4. CONTEXTE DES SOINS DE SANTÉ AU QUÉBEC

Selon le Commissaire à la santé, chaque année on dénombre près de six millions de personnes qui reçoivent des services médicaux et plus de 600 000 hospitalisations de courte durée⁹.

Selon le dernier rapport *Comptes de dépenses 2009-2012 du MSSS*, on compte environ 500 000 chirurgies et plus de 260 000 patients qui reçoivent des services infirmiers à domicile.

⁹ Commissaire à la santé et au bien-être (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2009* : Un portrait de la performance du système, particulièrement celle de sa première ligne de soins.

Le tableau suivant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) présente l'évolution du volume et de la nature des soins prodigués.

TABLEAU 2

Volume de soins rendus par programme et service

Programme	Service	Unité de mesure	Volume	
			2009-2010	2010-2011
Santé physique	Jours-présence des clientèles admises	Jour-présence	4 146 501	4 250 044
	Chirurgies	Nombre de chirurgies	486 521	501 955
	Urgence	Visite	3 160 008	3 271 810
	Consultations médicales en établissement	Visite	5 446 350	5 613 731
	Accouchements	Nombre d'accouchements	81 314	81 130
Perte d'autonomie liée au vieillissement	Hébergement en établissement	Jour-présence	13 818 457	13 755 995
	Ressources intermédiaires et ressources de type familial	Jour rétribué	2 577 392	2 805 525
Services à domicile (tous les programmes)	Soins infirmiers à domicile	Usager	261 076	264 697
Déficience physique	Adaptation - réadaptation	Heure de prestation de services	2 505 194	2 655 320
Déficience intellectuelle	Ressources intermédiaires	Jour rétribué	1 788 941	1 881 573
	Ressources résidentielles, assistance résidentielle continue	Jour rétribué	362 077	351 325
	Adaptation et soutien à la personne, à la famille et aux proches	Usager	26 784	30 944
Jeunes en difficulté	Signalements	Signalement	74 107	79 914
	Services psychosociaux	Usager	120 567	127 075
Santé mentale	Hospitalisations	Jour-présence	972 190	981 020
	Hébergement	Jour-présence	271 780	234 001
	Services ambulatoires en première ligne	Usager	73 887	80 701

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, états financiers et Med-Écho 2010-2011.

Les coûts des services de santé au Québec représentent le poste budgétaire le plus important du gouvernement du Québec, près de la moitié du budget total (44%).

En 2010, selon l'ICIS, les dépenses publiques et privées en santé effectuées par les Québécois représentaient 40,0 milliards de dollars, soit 12,6 % du PIB. De ce montant, 28,5 milliards de dollars (71 %) provenaient d'un financement public et 11,5 milliards de

dollars (29 %) provenaient du secteur privé. Des années 1980 jusqu'au début des années 2000, l'importance relative de la santé dans l'économie a oscillé entre 8,5 % et 10,5 %. C'est à compter des années 2000 que le poids des dépenses de santé s'est mis à progresser plus rapidement¹⁰.

Au cours de la dernière décennie, les dépenses de santé ont progressé beaucoup plus rapidement que l'économie et que l'ensemble des recettes fiscales fédérales et provinciales. Ceci a soulevé certaines préoccupations quant à la capacité de soutenir ces dépenses, tant financièrement qu'en pourcentage du PIB. L'affectation de ressources de plus en plus considérables n'entraîne pas nécessairement de meilleurs soins de santé. Le Québec dépense moins par habitant que toute autre province canadienne (4 735\$ versus 5 235\$ dans l'ensemble du Canada)¹¹. Cette tendance tend à s'accroître avec le temps. Par ailleurs, le Québec consacre une part plus importante de sa richesse collective à financer son système de santé que la moyenne des autres provinces canadiennes. Cet écart tend également à s'accroître avec le temps.

TABLEAU 3

Dépenses de santé et de services sociaux ainsi que les sources de financement⁴
(en millions de dollars)

	2009-2010	2010-2011	2011-2012 ^P	Variation annuelle moyenne ² (%)
Dépenses de santé et de services sociaux				
Dépenses de programmes du fonds consolidé du revenu	-27 467	-28 514	-29 141	4,4
Dépenses du Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	—	-252	-615	
Sous-total	-27 467	-28 766	-29 756	5,1
Dépenses assumées par les usagers et autres	-3 932	-3 899	-3 963	-1,4
TOTAL DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX	-31 399	-32 665	-33 719	4,3
Sources de financement				
Fonds des services de santé	5 797	5 974	6 122	
Fonds de financement des établissements de santé et de services sociaux	—	252	615	
Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie ³	20	20	20	
Contributions du gouvernement fédéral	6 081	6 423	6 692	
Contributions des usagers	2 517	2 594	2 596	
Contributions d'autres ministères et organismes	336	350	358	
Revenus d'autres sources	1 050	967	1 009	
Sous-total	15 801	16 580	17 412	4,2
Fonds consolidé du revenu - impôts et taxes⁴	15 598	16 085	16 307	4,3
TOTAL DES SOURCES DE FINANCEMENT	31 399	32 665	33 719	4,3

P. Résultats préliminaires.

- Ces données ont été compilées à partir de documents produits par le ministère de la Santé et des Services sociaux, des comptes publics et des états financiers de tous les organismes inclus dans le périmètre comptable de la mission Santé et Services sociaux. Ces données incluent, notamment, des montants liés à la contribution des usagers à l'assurance médicaments et les intérêts sur le service de dette.
- La variation annuelle moyenne a été calculée à partir de la dépense 2008-2009 des comptes de la santé pour tenir compte de dépenses exceptionnelles de 487 M\$ en 2009-2010 constatées après le budget 2010-2011.
- Ces contributions proviennent des revenus de la taxe sur le tabac.
- Aux fins des comptes de la santé, la différence est pourvue à même les autres impôts et taxes du fonds consolidé du revenu.

¹⁰ Ministère des Finances du Québec. *Le système de santé québécois : survol et enjeux*.

¹¹ [<http://qe.cirano.qc.ca/g/2011-f27-1>]

3.5. LE QUÉBEC FINANCE-T-IL LES BONNES CIBLES?

En 2009 et 2010, le Commissaire à la santé et au bien-être a porté son attention sur deux facteurs majeurs de la gestion du système de santé québécois, soit la gestion des maladies chroniques et la gestion de la première ligne de soins. Ce n'est pas un hasard, car ces deux variables mobilisent une part croissante des effectifs de notre système de santé. Au Québec, un peu plus de la moitié de la population âgée de 12 ans et plus est atteinte d'au moins une maladie chronique (52,6 %) (Cazale et autres, 2009) et leur prévalence risque de s'accroître au cours des prochaines années¹².

Le Commissaire faisait état du fait que les systèmes de santé de première ligne semblent encore fondés sur une perspective de soins aigus. À l'instar de nombreux pays développés, les systèmes de santé canadien et québécois sont principalement axés sur les soins aigus (Tsasis et Bains, 2008). En plus d'être particulièrement réactif, ils ne sont pas reconnus pour la continuité de leurs services (Freeman et autres, 2007; Tsasis et Bains, 2008). Enfin, les processus de soins utilisés sont trop rattachés aux différentes spécialités médicales, dans l'optique qu'une maladie n'a qu'une seule cause et que chacune doit être traitée isolément (Plochg et autres, 2009)¹³.

Au Québec, le taux de consultation à l'urgence figure parmi les plus élevés au monde. De plus, le temps d'attente à l'urgence est parmi les plus longs. Cela pourrait donner à penser que le système québécois ne prend pas en charge le patient au bon endroit, et que le patient n'a alors d'autre choix que celui de consulter là où il peut, vu le manque d'accès à des ressources de premier contact et le non-financement de certains soins lorsqu'ils sont donnés dans la communauté plutôt qu'en institution de santé.

D'autres données sont source d'inquiétude :

- selon un sondage CROP-AQESSS, 54 % des « baby-boomers » (nés entre 1946 et 1966) ne seront pas en mesure de contribuer à leur bien-être une fois devenus aînés. En fait, deux tiers des « baby-boomers » ne jouissent d'aucune épargne pour leurs vieux jours¹⁴;
- les premiers nés issus de la vague des « baby-boomers » ont eu 65 ans en 2011 et les cadets auront 65 ans en 2031;
- en 2031, une personne sur quatre au Québec sera âgée de 65 ans ou plus. L'indice de dépendance des aînés – la proportion de gens de 65 ans et plus par rapport au nombre de travailleurs actifs – grimpera de 66 % durant la période

¹² Commissaire à la santé et au bien-être (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 : État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux*.

¹³ Commissaire à la santé et au bien-être (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 : État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux*.

¹⁴ Association québécoises d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *Vieillessement*.

- 2010-2025. Le rapport population active/aînés devrait se situer à deux aînés pour cinq travailleurs en 2025 (versus un ratio de un sur quatre en 2010)¹⁵;
- c'est vers 75 ans que l'impact du vieillissement se manifeste davantage. C'est à 85 ans que les besoins sont les plus criants. Les difficultés d'accès à un médecin ont contribué à une augmentation de 15,8 % du nombre d'aînés de 75 ans et plus sur civière à l'urgence entre 2005-2006 et 2009-2010. L'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS) estime qu'une hospitalisation sur trois des personnes âgées fragiles est reliée à un problème de pharmacothérapie. Dans 57 % des cas, ces problèmes étaient jugés évitables¹⁶;
 - c'est en 2021 que les plus vieux de la catégorie « baby-boomers » auront 75 ans. Les cadets auront 75 ans en 2041. Il nous est impossible de prédire l'espérance de vie en 2021 et en 2041. Nous pouvons constater par contre que le système de santé, s'il n'est pas modifié ou s'il ne s'adapte pas, subira une très vive pression entre 2021 et 2051.

Les soins de santé donnés ne satisfont plus aux besoins. À nos yeux, il est très clair que les prochaines réformes du système de santé québécois devront viser à faire transiger graduellement les soins vers la communauté et le domicile du patient, dans une perspective d'accroissement de la prévention, d'allègement de la pression sur les urgences et les soins donnés en établissement et de gestion accrue des maladies chroniques. Il faudra modifier les priorités quant à l'allocation des fonds pour appuyer les services qui réduisent les dépenses dans les secteurs à coût élevé, par exemple en accélérant l'augmentation du financement des soins et services communautaires.

¹⁵ Association québécoises d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *Vieillessement*.

¹⁶ Association québécoises d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *Vieillessement*.

4. L'INCOHÉRENCE DU FINANCEMENT DES SOINS À DOMICILE ET DE LONGUE DURÉE

L'espérance de vie en bonne santé croît sans pour autant que décroisse la demande en soins de santé. Compte tenu du vieillissement de la population, la demande de soins à domicile, de services d'hébergement, de soins de longue durée consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie devient de plus en plus forte.

4.1. PEUT-ON ÉVITER LES HOSPITALISATIONS?

Avec le « virage ambulatoire » du milieu des années 1990, le MSSS du Québec visait à rapprocher les services des milieux de vie et de favoriser une médecine moins invasive et moins lourde. Le virage ambulatoire n'a pas donné les résultats escomptés au niveau de la baisse souhaitée quant au recours à l'hospitalisation.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (*Les soins de santé au Canada 2010*), en 2008-2009, il y a eu 92 000 hospitalisations qu'il aurait été possible d'éviter si des soins à domicile adéquats avaient été disponibles. Sur ce total, 62 % ont duré plus d'une semaine et 24 %, plus d'un mois.

Les lits de soins de courte durée ne devraient pas être occupés par des gens qui ont besoin de soins de longue durée qui, autrement, pourraient recevoir des soins chez eux, ce qui réduirait à terme les besoins pour des lits d'hébergement. Il faudrait aussi réduire le recours à l'hôpital pour les 85 ans et plus. Il faut réduire le recours à l'hôpital comme milieu de soins mais aussi comme point d'entrée dans le système.

Le système de santé est actuellement axé sur les soins aigus et épisodiques et non sur un modèle de gestion des maladies chroniques. Pour que les patients évitent une utilisation trop fréquente de l'hôpital, il faut encourager une première ligne forte ainsi que des mesures qui permettront aux patients de recevoir des soins à domicile et, enfin, de demeurer le plus longtemps possible à domicile, tout en réduisant l'utilisation inappropriée de l'hôpital pour héberger des personnes. Les services à domicile sont significatifs car ils offrent les soins appropriés aux patients qui ont besoin de soins de courte durée tout en réservant l'hospitalisation aux personnes à qui il faut donner des soins plus complexes. De plus, ils permettent de favoriser et de prolonger l'autonomie des personnes et ainsi d'augmenter leur qualité de vie.

4.2. AVONS-NOUS FAIT LE VIRAGE QUI S'IMPOSE EN SOINS À DOMICILE?

En 2009-2010, plus de 83 % des interventions réalisées par les services à domicile du programme perte d'autonomie liés au vieillissement des CSSS l'ont été auprès des personnes de 75 ans et plus. En 2009, la majorité des aînés de 65 ans et plus demeuraient à domicile (traditionnel ou résidence privée avec services). C'est surtout vers 85 ans que des changements surviennent en matière d'habitation. L'Institut canadien d'information sur la santé estimait à près de 5 000 \$ par personne les sommes consacrées aux aînés de 65 à 69 ans, contre plus de 20 000 \$ pour les personnes de 85 ans et plus¹⁷.

Demeurer plus longtemps à domicile nécessitera d'augmenter l'intensité des services d'aide à domicile. L'expression « soutien à domicile » a une portée très générale, en ce sens qu'elle désigne l'ensemble des services de base et spécialisés offerts au domicile des usagers par le réseau public de la santé et des services sociaux. Ces services sont offerts près du milieu de vie des usagers et ils s'appuient sur des infrastructures et des technologies légères.

Le vieillissement de la population et les maladies chroniques qui l'accompagnent obligent à prioriser les soins à domicile. Or, le Québec ne consacre aux soins à domicile qu'un peu plus de 587 millions \$, soit un peu plus de 2% du budget de la santé (et moins du cinquième des sommes allouées aux soins de longue durée). Cette insuffisance de l'aide à domicile ajoute une pression au plan de la responsabilité des soins aux proches aidants. On estime qu'au Québec, de 70 % à 85 % de l'aide apportée en perte d'autonomie provient de proches aidants. Quelque 300 000 personnes remplissent ce rôle auprès d'aînés, permettant à ceux-ci de demeurer à domicile¹⁸. Les proches aidants vieillissent aussi et deviendront moins nombreux. L'OIIQ estime qu'il faut les appuyer davantage.

Il est urgent d'investir dans les soins à domicile, mais aussi de changer l'approche et la structure de financement. À plus long terme, la priorité aux soins à domicile permettra de contrôler l'augmentation des coûts associés au vieillissement de la population et de limiter le fardeau financier des générations futures. Le Rapport Clair (2000) proposait la création d'une caisse d'assurance pour les soins à domicile, laquelle permettrait d'offrir les soins à domicile sous forme de prestations en nature ou de paiements.

Le maintien dans la communauté suppose également la mise en place de soins de première ligne adaptés, notamment en donnant à l'infirmière les leviers pour exercer au maximum son champ d'exercice et offrir ainsi à ses patients des services complets et continus dans la communauté. Il faudra aussi une approche adaptée au vieillissement

¹⁷ Association québécoises d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *Vieillessement*.

¹⁸ Association québécoises d'établissements de santé et de services sociaux (2011). *Vieillessement*.

dans les services médicaux de première ligne, notamment en moussant l'intégration d'IPS de première ligne dans les soins aux personnes âgées. Dans un CHSLD de Winnipeg, l'embauche d'une IPS a permis de réduire : les transferts à l'urgence (20 %), l'utilisation d'antipsychotiques (60 %), les médicaments (17 %), les résidents prenant neuf médicaments ou plus (50 %).

Justement, nous y revenons encore. L'infirmière est la clé pour assurer la vigueur des soins à domicile. Pourquoi ses soins ne sont-ils pas assurés?

4.3. AVONS-NOUS FAIT LE VIRAGE QUI S'IMPOSE EN SOINS DE LONGUE DURÉE?

Les soins de longue durée doivent être réservés à une clientèle qui a des besoins complexes et qui requiert des soins spécialisés. Les ressources à l'hébergement ne doivent pas être utilisées pour héberger précocement des personnes qui auraient pu faire le choix de demeurer à domicile avec l'intensité de services requis.

Nous n'avons pas fait le virage qui s'imposait par rapport aux soins de longue durée. Il existe déjà un continuum d'interventions infirmières adapté à l'évolution du vieillissement : de la gestion des maladies chroniques à l'application de programmes de plus en plus spécialisés (plaies, chutes, delirium, douleur, etc.). Ces programmes ont fait leurs preuves. Mais le système de santé a peine à implanter un modèle de gestion des maladies chroniques. Il est dur de passer à l'action.

Il faut adapter les soins à la nouvelle réalité : 65-74 ans – prévention; 75-84 ans – soutien à domicile; 85 ans et plus – soins de longue durée en hébergement.

La grande partie du financement public en soins de longue durée est attribuée à l'hébergement institutionnel. Faute de moyens, les aînés sont très souvent contraints d'opter précocement pour l'hébergement. Selon Réjean Hébert (coprésident de la Consultation publique sur les conditions de vie des aînés en 2007), les personnes en perte d'autonomie devraient recevoir les services appropriés, financés par l'État, et ce, peu importe leur lieu de résidence. M. Hébert constate aussi un système à deux vitesses, car faute de moyens, l'État limite l'accès des personnes vivant en résidences privées aux services à domicile auxquels elles devraient pourtant avoir droit. Ces personnes doivent donc payer pour recevoir des services sans qu'aucune norme n'existe pour évaluer les besoins, tarifier les services rendus ou s'assurer de leur qualité¹⁹.

Le Rapport Clair (2000) avait proposé la mise en place d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie liée au vieillissement.

¹⁹ Réjean Hébert (2011). *Soins à domicile - Passons de la parole aux actes*. Le Devoir, 16 décembre 2011.

Le financement des soins de santé doit donc suivre le patient qui vieillit et dont la prestation de soins nécessite des changements. L'OIIQ croit que l'argent doit suivre le patient. Actuellement, les services rendus à la population reposent essentiellement sur un paradigme de soins et de services curatifs basé sur le modèle médical. Il appert naturel aussi que le panier de services assurés soit cohérent et reflète la nouvelle réalité des soins en mettant un accent beaucoup plus marqué sur les soins à domicile et de longue durée.

5. LE PANIER ASSURABLE : MISE EN CONTEXTE POUR LE QUÉBEC

Le panier de soins de santé fait référence à la totalité des services, activités ou biens couverts par un régime d'assurance-maladie. Le système canadien de santé publique couvre les soins médicaux et hospitaliers et les médicaments pour les personnes non couvertes par une assurance collective. Il couvre également, sous réserve de conditions d'admissibilité, des soins de longue durée. Il reste donc une large gamme de services non couverts tels que les soins dentaires, les services des optométristes et les soins paramédicaux, les frais ambulanciers et tous les autres soins et services dispensés par des professionnels autres que des médecins, particulièrement ceux dispensés dans la communauté.

Il n'y a pas, au Québec, un éventail de taux de remboursement des actes médicaux à l'instar de la pratique du ticket modérateur, telle que mise en place en France notamment. Deux situations sont possibles : soit le service médical est couvert par le régime public géré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) (le patient n'a pas à contribuer directement en contrepartie de ce service), soit le service n'est pas pris en charge par ce régime (le patient, en l'absence d'assurance supplémentaire privée qu'il aurait contractée, prend en charge l'intégralité du coût du service).

Alors que les soins de première ligne et les soins ambulatoires sont partout reconnus comme des solutions plus efficaces que l'hospitalisation, la LCS privilégie les soins hospitaliers et médicaux par rapport aux autres formes de soins. À l'ère des soins ambulatoires, des soins primaires et du maintien à domicile, la couverture exclusive de l'hospitalisation continue de placer la priorité là où elle ne doit pas être.

La RAMQ administre un certain nombre de programmes en vertu des lois et règlements en vigueur, et en conformité avec les ententes conclues entre différentes fédérations de professionnels et le MSSS du Québec. Les services médicaux, les services dentaires, les services optométriques, les services pharmaceutiques et les aides techniques (ex. : prothèses, prothèses auditives ou visuelles) sont autant de services, liés à ces programmes, qui sont dispensés par des professionnels rémunérés par la RAMQ. Certains services sont assurés pour l'ensemble de la population résidant au Québec (ex. : services médicaux), alors que d'autres s'adressent uniquement à des clientèles spécifiques (ex. : services dentaires).

Remarquons que, parmi les professionnels, l'infirmière n'est pas désignée. Elle n'est donc pas assurée par le régime public.

Les services médicaux couverts par le régime d'assurance-maladie sont ceux qui sont nécessaires sur le plan médical et rendus par un médecin omnipraticien (appelé aussi « médecin de famille » ou « médecin généraliste ») ou par un médecin spécialiste. Ces services sont, entre autres :

- les examens;
- les consultations;
- les actes diagnostiques;
- les actes thérapeutiques;
- les traitements psychiatriques;
- la chirurgie;
- la radiologie;
- l'anesthésie.

Sauf en de rares exceptions, ces services sont couverts, quel que soit l'endroit où ils sont rendus. C'est le cas notamment :

- en cabinet privé;
- en centre hospitalier;
- en centre local de services communautaires (CLSC);
- en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- en centre de réadaptation;
- au domicile du patient.

La RAMQ a pour fonction d'appliquer et d'administrer le régime d'assurance-maladie institué par la *Loi sur l'assurance-maladie*, celui de l'assurance médicaments, ainsi que tout autre programme que la loi ou le gouvernement lui confie. Elle doit, entre autres, assumer, conformément à la loi, aux règlements, aux ententes et aux accords, le paiement ou le remboursement des services et des biens prévus aux divers programmes sous sa responsabilité, ainsi que le contrôle de l'admissibilité aux différents régimes. En termes concrets, elle rémunère les médecins, tant en établissement qu'en cabinet, ainsi que les autres professionnels – dentistes, optométristes, pharmaciens – qui dispensent des services assurés aux clientèles spécifiques désignées par la loi.

Il existe deux types d'assurance pour soins de longue durée. L'une règle les dépenses admissibles engagées par l'assuré pour une journée donnée, jusqu'à concurrence d'un maximum fixé d'avance. L'autre prévoit le versement d'un revenu mensuel dont le montant est fixé d'avance. Chaque demande d'assurance pour soins de longue durée est évaluée individuellement, et le montant de la prime dépend d'un certain nombre de

facteurs. La couverture entre en jeu lorsque l'assuré ne peut plus accomplir au moins deux des actes essentiels de la vie de tous les jours.

5.1. QUELS SONT LES « TROUS » DANS LE PANIER ASSURABLE QUÉBÉCOIS?

À l'instar des conclusions des commissions Clair, Romanow, Castonguay, etc., l'OIIQ croit qu'il faut moderniser l'assurance-maladie pour qu'elle reflète la réalité actuelle de la prestation des soins. Comme il l'a fait pour l'assurance-médicaments (qui était un maillon faible du virage ambulatoire), le Québec doit faire preuve de leadership.

Les conditions de la LCS liées au financement fédéral ont fait que la liste des soins assurés par les régimes publics d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux (le « panier de soins ») s'est concentrée autour des soins médicaux et hospitaliers. Par conséquent, cela laisse une multitude de soins et services non couverts par cette loi devant une possibilité de financement privé, dont les médicaments, les soins de longue durée et à domicile, les services de psychologie, etc.

De plus, la définition des soins hospitaliers (de même que l'absence de cadre de référence du « médicalement nécessaire »), peut rendre difficile l'introduction d'une analyse de la valeur, tant dans l'allocation que dans l'utilisation des ressources. Par exemple, doit-on offrir tous les soins hospitaliers tels que définis par la loi, même si certains d'entre eux ne sont pas jugés prioritaires après analyse? Doit-on fournir tous les soins définis comme « médicalement nécessaires » même si l'analyse de la valeur démontre qu'ils ne sont pas efficaces et efficients?

Il y a plusieurs manquements dans le panier assurable de la santé québécoise. Nous avons vu dans les sections précédentes les carences dans le financement et l'assurance des soins à domicile et pour les soins de longue durée. Pour l'OIIQ, assurer ces services est la priorité des priorités et une condition *sine qua non* au développement d'une véritable première ligne. Les soins de longue durée ne sont pas entièrement couverts par le système public. Ils entrent dans la catégorie des services complémentaires de santé et, par conséquent, il incombe aux particuliers de régler en tout ou en partie la facture. Laissant ainsi aux assureurs privés un rôle crucial et complémentaire pour aider les Québécois à gérer leurs besoins en matière de soins de longue durée. Pourquoi le secteur public ne peut-il pas mieux assurer des services plus diversifiés et mieux adaptés à la réalité des soins d'aujourd'hui et aux organisations de soins tournées vers la communauté, jugées les plus efficaces?

L'interdisciplinarité n'est pas financée non plus. Il faudra trouver un moyen de la financer et de l'assurer. Les services infirmiers dans la communauté ne sont pas assurés. Il n'y a pas de régime d'assurance pour les soins infirmiers.

Par exemple, l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) et la sage-femme constituent deux professions qui remplacent en quelque sorte des soins de médecins, sans que toutefois que leurs soins soient reconnus comme médicalement requis au sens de la loi, donc assurables. Il y a une dizaine d'années, la Commission Romanow recommandait l'introduction significative d'IPS. Pourquoi ne pas en avoir davantage dans le réseau actuellement? Pourquoi le système ne financerait-il pas les services de l'IPS?

Ce n'est que dernièrement que le MSSS du Québec a accepté de financer 500 postes d'IPS de première ligne. Ce financement se situe en dehors des soins assurés et a fait l'objet d'une gymnastique financière. L'IPS est embauchée par un hôpital, elle est donc sur la liste de paie de l'hôpital et « prêtée » à un point de service de première ligne. Ainsi, elle est couverte par le régime d'assurance-hospitalisation et non couverte par le régime d'assurance-maladie. L'impossibilité de permuter des soins médicalement requis ou entre différents professionnels à la RAMQ freine la possibilité d'innover dans le système de santé. La France, à cet égard, reconnaît les soins à domicile fournis par une infirmière comme étant assurés par la sécurité sociale.

Ne pas adapter la structure du financement public entraîne inévitablement d'autres inégalités d'accès. Ainsi, le secteur privé joue un rôle important à l'échelle du pays. La proportion de financement privé dans les soins de santé représente environ 30 % du total des services fournis et 52 % des dépenses liées aux médicaments prescrits. L'accès aux soins et aux services offerts par le secteur privé demeure basé sur la capacité de payer des individus et la possibilité d'adhérer à un régime d'assurance par un employeur ou un regroupement professionnel; en conséquence, des inégalités d'accès sont conséquemment inévitables.

L'OIIQ propose d'étendre le financement de l'assurance-maladie au-delà des soins médicaux et hospitaliers pour qu'ils reflètent les besoins et pratiques en soins, qu'ils tiennent compte du transfert vers le communautaire et qu'ils tiennent compte d'autres variables comme la promotion et la prévention, les soins de longue durée, les soins liés aux maladies chroniques, laissant ainsi les hôpitaux se concentrer sur les soins aigus.

Pour parachever le virage ambulatoire, un régime d'assurance qui couvre les soins infirmiers à domicile est nécessaire. Ce régime doit assurer, sans exigence de prescription médicale ou reconnaissant des « prescriptions infirmières » dans certains contextes de soins et pour des affections mineures, les soins donnés par des infirmières (soins posthospitaliers, soins spécialisés, soins de plaies). L'OIIQ réclame un régime d'assurance des soins à domicile qui inclurait les services infirmiers.

6. RECOMMANDATIONS

La profession d'infirmière ne peut rester indifférente au renouvellement de l'Accord sur la santé du Canada. Celui-ci fournit une occasion d'effectuer les virages requis depuis longtemps concernant nos modes et nos structures de financement public. Notre regard sur la question est porté vers le futur. Nous devons nous pencher sur les conditions dans lesquelles les Québécois pourront avoir accès au continuum général des soins.

Voici les recommandations de l'OIIQ :

1. Instaurer un régime d'assurance public qui couvre les soins à domicile donnés par les infirmières, comme les soins posthospitaliers, les soins spécialisés, les soins de plaies, au même titre que l'assurance-hospitalisation :
 - s'assurer que ce régime repose sur la « prescription infirmière » pour l'accès à ces soins à domicile dans certains contextes de soins et pour des affections mineures et qu'il reconnaisse l'infirmière comme « gate-keeper »;
 - modifier le régime d'assurance-maladie pour s'assurer que les fournitures et équipements nécessaires aux soins donnés à domicile par l'infirmière soient remboursés.
2. Introduire des services médicaux supplétifs tels l'infirmière praticienne spécialisée et les sages-femmes dans le panier de soins médicaux assurables au niveau du programme d'assurance-maladie.
3. Modifier les priorités budgétaires pour accélérer l'augmentation du financement des soins et services dans la communauté et en implantant un modèle de prévention et de gestion des maladies chroniques.
4. Consolider l'offre de services aux personnes âgées en première ligne afin qu'elle soit adaptée à la nouvelle réalité (65-74 ans – prévention; 75-84 ans – soutien à domicile; 85 ans et plus – soins de longue durée) et ajuster le financement en conséquence.
5. Faire réviser périodiquement le panier de soins assurables par un comité d'experts ayant les moyens de procéder à une analyse de son contenu et de proposer des modifications basées sur les données scientifiques à jour en matière de systèmes de santé les plus performants.
6. Revoir l'organisation du travail pour s'assurer que l'infirmière joue des rôles où elle assume pleinement son champ d'exercice dans toutes les sphères des services publics.

ANNEXE 1

HISTORIQUE DE L'OIIQ

Voici un bref aperçu de dates qui ont marqué l'histoire de l'Ordre :

- 1917** Création de la Graduate Nurses' Association of the Province of Québec, première association québécoise de gardes-malades diplômées.
- 1920** Une loi crée l'Association des gardes-malades enregistrées de la Province de Québec. Le titre de « garde-malade enregistré » est dès lors réservé aux seuls membres de l'association.
- 1925** Instauration d'un examen d'admission.
- 1943** Création de 12 districts appelés aujourd'hui « ordres régionaux ».
- 1946** L'Association des gardes-malades enregistrées de la province de Québec devient l'Association des infirmières de la province de Québec. Entrée en vigueur d'une loi qui autorise l'exercice exclusif de la profession aux seules personnes accréditées par l'association.
- 1965** Lancement de la Journée internationale des infirmières par le Conseil international des infirmières. Le 12 mai a été choisi pour souligner l'anniversaire de Florence Nightingale.
- 1969** Modification de la loi permettant aux hommes d'intégrer la profession. L'Association des infirmières de la province de Québec devient alors l'Association des infirmières et infirmiers de la province de Québec.
- 1973** Création de l'Insigne du mérite. Cette distinction annuelle souligne la contribution remarquable d'une infirmière du Québec aux soins et services de santé, ainsi qu'au développement de la profession d'infirmière.
- 1974** Adoption du *Code des professions* qui établit le champ d'exercice exclusif des membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Ce sera le dernier changement de nom pour l'organisation qui a maintenant pour fonction principale d'assurer la protection du public en contrôlant l'exercice de la profession par ses membres.
- 1976** Adoption du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*.

- 1987** Création de la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ) dont la mission est de promouvoir l'avancement continu des soins infirmiers au Québec par le soutien de la recherche et le transfert des connaissances.
- 1995** Création du concours Innovation clinique. Remis annuellement, les douze prix régionaux et le Grand prix visent à mettre en valeur la contribution clinique des infirmières de toutes les régions du Québec à la qualité des soins offerts à la population, à l'efficacité et à l'efficience des services de santé, ainsi qu'à l'avancement de la profession d'infirmière.
- 1995** Création du Colloque des CII. Ce rassemblement annuel permet à tous les conseils des infirmières et infirmiers du Québec d'échanger sur de grands dossiers et des nouveautés en matière de soins infirmiers.
- 1996** Tenue des États généraux de la profession sur le thème *Pour soigner notre avenir – Les infirmières à la croisée des chemins*.
- 1997** Création du Comité jeunesse dont la mission consiste à véhiculer avec dynamisme les intérêts des jeunes infirmières et infirmiers et de promouvoir la profession auprès des étudiants en choix de carrière.
- 2000** Création du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIIEF) qui a pour mission de faciliter le partage des expériences et des savoirs infirmiers dans tout le monde francophone afin de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts aux populations.
- 2000** Nouvel examen québécois d'admission à la profession et création du programme d'externat.
- 2002** Création du programme DEC-BAC qui offre un parcours condensé pour l'obtention du baccalauréat après cinq années d'études, soit trois au cégep et deux à l'université, tout en maintenant la possibilité d'obtenir un permis d'exercice de l'OIIQ après le DEC et de concilier travail-études par la suite.
- 2002** Création d'une journée annuelle à l'intention des responsables des programmes de formation infirmière, aujourd'hui appelée Rencontre des partenaires de la formation infirmière.
- 2003** Création des prix Florence. Dans huit catégories, les prix Florence soulignent les actions et les réalisations remarquables de membres qui contribuent au bien-être et à la santé de la société québécoise.

- 2003** Entrée en vigueur de la « Loi 90 » sur la modernisation du système professionnel et le nouveau partage des champs d'exercice des professionnels exerçant dans le domaine de la santé.
- 2006** Les premières infirmières praticiennes spécialisées commencent à exercer dans trois domaines de spécialité : néonatalogie, cardiologie et néphrologie.
- 2007** Reconnaissance par le gouvernement du Québec des infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne.
- 2009** Intégration du plan thérapeutique infirmier (PTI) dans la pratique infirmière.
- 2010** Entente avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) pour l'introduction de 500 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne au Québec.
- 2010** Entente Québec-France pour la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des infirmières et infirmiers.
- 2011** Création d'une spécialité infirmière en prévention et contrôle des infections.
- 2011** Adoption d'une norme de formation continue.
- 2012** Plan de promotion du baccalauréat comme diplôme donnant accès à la profession.

ANNEXE 2

CHAMP D'ACTIVITÉS DE LA LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS DU QUÉBEC

Champ d'activités de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* du Québec

« L'exercice infirmier consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation d'un plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs ».

Les activités réservées

Dans le cadre de l'exercice infirmier, 14 activités sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier :

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance
4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique* (chapitre S-2.2)
5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance
7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent
8. Appliquer des techniques invasives
9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal
10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes
11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance
12. Procéder à la vaccination, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*
13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance
14. Décider de l'utilisation des mesures de contention

Lorsque la réforme législative (« Loi 21 » modifiant le *Code des professions* et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines) de 2009 entrera en vigueur, les trois activités suivantes s'ajouteront aux 14 précédentes :

- décider de l'utilisation des mesures d'isolement dans le cadre de l'application de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* et de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*;
- évaluer les troubles mentaux, à l'exception du retard mental, lorsque l'infirmière ou l'infirmier détient une formation de niveau de deuxième cycle universitaire et une expérience clinique en soins infirmiers psychiatriques déterminées dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe g de l'article 14;
- évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement, dans le but de déterminer des services de réadaptation et d'adaptation répondant à ses besoins.

INFIRMIÈRE PRATICIENNE SPÉCIALISÉE

L'article 36.1 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* définit le cadre de pratique de l'infirmière praticienne spécialisée.

36.1. L'infirmière et l'infirmier peuvent, lorsqu'ils y sont habilités par règlements pris en application du paragraphe b du premier alinéa de l'article 19 de la *Loi médicale* (chapitre M-9) et du paragraphe f de l'article 14 de la présente loi, exercer une ou plusieurs des activités suivantes, visées au deuxième alinéa de l'article 31 de la *Loi médicale*:

- 1° prescrire des examens diagnostiques;
- 2° utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice;
- 3° prescrire des médicaments et d'autres substances;
- 4° prescrire des traitements médicaux;
- 5° utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.

2002, c. 33, a. 12.

