



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

MÉMOIRE

**Garantir l'accès : un défi d'équité,
d'efficience et de qualité**

Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales

*Adopté par le Bureau de l'OIIQ à sa réunion extraordinaire du
21 mars 2006*

Dépôt légal, 1^{er} trimestre 2006
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

ISBN-10 2-89229-372-3
ISBN-13 978-2-89229-372-2

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2006

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 seulement pour alléger la présentation.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) répond à la demande de consultations particulières et d'auditions publiques sur le document du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) *Garantir l'accès : un défi d'équité, d'efficacité et de qualité*, février 2006.

D'entrée de jeu, l'OIIQ réitère l'importance d'un système de santé et de services sociaux public universel, équitable et accessible pour tous. Ce système doit être performant et toutes les mesures nécessaires doivent être mises en place ou encore poursuivies afin de le maintenir et de le consolider.

Malheureusement, l'iniquité dans l'accès aux services est déjà une situation de fait. La crise causée par l'arrêt Chaoulli a concentré le débat sur l'accès aux services chirurgicaux et a mis en veilleuse beaucoup de services professionnels médicalement requis mais difficilement accessibles, tels les services de physiothérapie, de psychologie, de nutrition clinique. Il faut être riche ou bénéficier d'assurance pour avoir accès à ces services ou y avoir accès dans un délai raisonnable. À cet égard, l'investissement requis pour améliorer le réseau public n'est pas annoncé par le ministre. Dans ce contexte, il est compréhensible que ce jugement vienne accentuer les inquiétudes. Il faut donc s'assurer que les mesures proposées ne viendront pas intensifier davantage les iniquités existantes.

En ce qui a trait aux orientations déjà amorcées par le gouvernement, l'OIIQ fera des commentaires plus spécifiques sur les services de première ligne, d'une part pour souligner l'importance de continuer l'implantation des groupes de médecine de famille (GMF) et de maximiser la contribution des infirmières cliniciennes¹ et d'autre part, pour inviter le gouvernement à planifier d'ores et déjà les effectifs

¹ Nouveau titre d'emploi en remplacement de celui d'infirmière bachelière en vertu de la convention collective 2005-2010 (Projet de loi n^o 142). Ne pas confondre avec les infirmières praticiennes. Voir le lexique en annexe pour les descriptions de fonctions.

d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne. Ces deux mesures sont majeures pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services de première ligne et, de surcroît, pour augmenter l'accès aux médecins de famille sans quoi les garanties d'accès ne seront que des vœux pieux.

Du point de vue des citoyens, l'OIIQ endosse l'offre de garantie d'accès du gouvernement pour des services médicaux spécialisés dont les délais sont jugés inacceptables, et ce, sans égard à la capacité de payer du citoyen.

En ce qui a trait au recours aux assurances privées en réponse à l'arrêt Chaoulli, le ministre propose de limiter cette ouverture à certaines procédures visées par des garanties d'accès (remplacements de la hanche, du genou et chirurgies pour la cataracte) pour les citoyens qui décideraient de requérir ces services auprès des médecins non participants au régime public seulement. L'OIIQ recommande que, dans l'avenir, la couverture d'assurance privée pour des services médicaux et hospitaliers puisse être déterminée par voie législative plutôt que par voie réglementaire, compte tenu des enjeux sociaux liés à la préservation du système de santé public.

Sur les divers éléments du mécanisme garantissant l'accès aux services, l'OIIQ fera des commentaires sur les délais d'attente, la gestion du bloc opératoire et des durées de séjour ainsi que sur la contribution des infirmières dans le but d'optimiser le plan d'amélioration de l'accès aux services.

Quant aux cliniques spécialisées affiliées, l'OIIQ ne s'y oppose pas si elles sont retenues comme mesure complémentaire à l'offre de service public, mais se préoccupe grandement des impacts sur les ressources infirmières et la qualité des services.

Enfin, l'OIIQ considère que le problème de financement actuel et à long terme du système de santé et des services sociaux exige de nouvelles mesures tout en poursuivant des démarches auprès du gouvernement fédéral afin d'augmenter les transferts aux provinces. À cet égard, le régime d'assurance contre la perte d'autonomie est une proposition à laquelle l'OIIQ donne son accord de principe. En effet, si des fonds ne sont pas réservés à la perte d'autonomie, la priorité des soins à ces personnes demeurera de loin, la dernière, dans la dynamique actuelle du système de santé orientée sur le médicalement requis; et c'est sans compter les impacts humains inévitables si des mesures ne sont pas envisagées pour le résoudre.

1. La poursuite d'orientations déjà amorcées : l'amélioration de l'organisation des services de première ligne et des pratiques professionnelles

Devant l'ensemble du bilan présenté en matière de santé, l'OIIQ encourage le ministre dans ses efforts d'amélioration des services à la population. La réforme en cours avec la création des centres de santé et de services sociaux (CSSS), des réseaux locaux et la mise en place des projets cliniques est plus qu'une réforme de structure et devrait permettre une intégration des services en vue de répondre aux besoins de la population locale. Cette réforme mérite d'être consolidée et évaluée afin qu'on puisse en mesurer les réels bénéfices. Le gouvernement s'engage également à accentuer les efforts en prévention pour les jeunes et pour l'ensemble de la population. Cette orientation est majeure et devrait être dûment appuyée en terme budgétaire car la prévention a toujours été le parent pauvre du système de santé. Pourtant, il a été démontré maintes fois que la prévention a des impacts significatifs sur la santé des populations.

L'OIIQ veut également insister pour que certaines mesures mises en place soient accélérées, notamment au plan des services de première ligne. L'introduction des GMF, au nombre de 105, accrédités et répartis sur près de 190 sites cliniques de même que les 12 cliniques-réseau sur l'Île de Montréal constitue un pas en avant. Mais l'objectif visé est loin d'être atteint. Le MSSS avait prévu 300 GMF pour 2005. Il est donc urgent de poursuivre les efforts en ce sens.

Les GMF permettent à une clientèle vulnérable d'avoir non seulement un accès 24 heures par jour, 7 jours par semaine à des services, mais la présence d'infirmières cliniciennes facilite le suivi de cette clientèle et également augmente l'accès à des services préventifs, notamment en matière de dépistage de facteurs de risque et de counselling, dans la mesure où les infirmières ne sont pas confinées à des activités de triage et que les médecins se concentrent sur les activités qui nécessitent leur expertise.

L'OIIQ et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ) ont uni leurs efforts pour examiner plus en profondeur les rôles respectifs du médecin et de l'infirmière au sein des GMF et des CLSC afin de maximiser les contributions respectives. Le rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ a été acheminé à tous les GMF et CSSS du réseau de la santé. Des activités de formation continue sont en préparation, particulièrement sur les ordonnances collectives et la collaboration interprofessionnelle. L'ensemble de ces actions et les résultats d'un sondage auprès des professionnels nous permettent de croire que ces mesures améliorent la prise en charge et le suivi des clientèles atteintes de maladies chroniques, les interventions de nature préventive et induiront les changements de pratique souhaités.

Au 31 mars 2005, 1 105 médecins et 184 infirmières cliniciennes exerçaient dans les GMF. Toutefois, selon nos informations, le nombre d'infirmières par GMF demeure insuffisant pour permettre une amélioration notable de l'accès à un médecin de famille pour la population. Il faudrait envisager, au minimum, de doubler le nombre d'infirmières. Certains pays vont jusqu'à planifier un ratio d'une infirmière clinicienne par médecin de façon à ce que les citoyens puissent bénéficier au maximum de l'apport des infirmières de première ligne.

Avec la réforme des lois professionnelles, les infirmières peuvent maintenant « initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance collective »² pour améliorer l'accessibilité des services. Par contre, les difficultés d'application des ordonnances collectives en pharmacie privée nous amènent à croire que ce mécanisme est difficile à implanter en première ligne. Y a-t-il une volonté ministérielle à l'effet que ce mécanisme se généralise et, par conséquent, ne serait-il pas à propos que le ministre en facilite le déploiement?

Le mécanisme de collaboration interprofessionnelle, qu'est l'ordonnance collective, a néanmoins des limites. Il n'habilite pas les infirmières à prescrire des traitements et des médicaments, ce qui est par ailleurs possible pour les infirmières praticiennes de première ligne. On se rappellera que la Commission Clair avait recommandé l'introduction non seulement d'infirmières cliniciennes, mais également d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne. L'orientation gouvernementale à cet égard est claire : les infirmières praticiennes de première ligne seront introduites dans le système de santé pour prendre en charge des problèmes de santé courants conjointement avec les médecins de famille.

² *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, L.R.Q., c. I-8, article 36.

L'OIIQ demeure extrêmement préoccupé par l'absence de plan d'effectif d'infirmières praticiennes et de financement réservé et récurrent. En spécialité, la cible du MSSS prévoyait le financement de 75 infirmières praticiennes sur 5 ans. Actuellement, il y a 8 infirmières praticiennes en néonatalogie, 4 en néphrologie et 4 en cardiologie qui sont en attente de passer l'examen et seulement 20 infirmières sont inscrites aux programmes d'études d'infirmière praticienne. Ce petit nombre s'explique par le fait que les « programmes d'intéressement au titre d'infirmière praticienne en spécialité » ne sont justement pas assez incitatifs pour que des infirmières s'inscrivent à ces programmes. Pour les infirmières praticiennes, l'Institut canadien d'information sur la santé en a recensé 878 en 2004 au Canada, dont 598 en Ontario qui exercent principalement en première ligne. Le Québec est actuellement la seule province où ce nouveau rôle infirmier (et non une nouvelle profession) n'est encore pas réglementé et ne fait pas partie intégrante de la planification des services de première ligne.

À notre avis, la volonté ministérielle va devoir s'exprimer non seulement par l'adoption de la réglementation mais également par un soutien tangible à l'implantation de ce nouveau rôle. Il devient urgent de prévoir un plan d'effectif d'infirmières praticiennes de première ligne avec une cible déterminée, un budget réservé et récurrent pour financer leurs services et des places garanties à l'université ainsi que du financement pour des programmes réellement incitatifs. L'introduction de nouveaux rôles infirmiers pour améliorer l'accès aux services de première ligne est confrontée aux limites des budgets affectés aux soins infirmiers qui sont énormément pressurisés dans les établissements de santé.

Les garanties d'accès à certains services médicaux spécialisés ne pourront être atteintes alors que le problème de l'accès à un médecin de famille reste entier pour une bonne partie de la population. L'OIIQ demeure convaincu que la réorganisation des services de première ligne ne peut s'améliorer sans le recours aux infirmières cliniciennes et aux infirmières praticiennes.

RECOMMANDATION N° 1

Afin d'augmenter l'accès à un médecin de famille pour la population, l'OIIQ recommande :

- la poursuite du développement des GMF et des cliniques-réseau;
- une augmentation du nombre d'infirmières cliniciennes dans les GMF;
- une planification et un financement réservé et récurrent des effectifs d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, des programmes de formation et des programmes d'intéressement.

2. La proposition d'une garantie d'accès définie et encadrée en réponse au jugement de la Cour suprême du Canada dans le dossier Chaoulli/Zeliotis

2.1. Les assurances privées

Le 9 juin 2005, la Cour suprême du Canada a invalidé, car contraire à la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, deux dispositions législatives québécoises, soit l'article 15 de la *Loi sur l'assurance maladie* et l'article 11 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* qui interdisent le recours à des assurances privées de santé pour des services assurés par le régime public.

Le gouvernement du Québec a obtenu une suspension de l'application du jugement jusqu'au 9 juin 2006 pour explorer les solutions possibles afin de ne pas recourir à la clause nonobstant.

Selon M^e Marie-Claude Prémont, vice-doyenne aux études supérieures de la Faculté de droit de l'Université McGill, ce jugement doit s'interpréter à la lumière d'autres dispositions législatives valides tels que les articles 1 e), 26, 28 et 30 de la *Loi sur l'assurance maladie* qui interdisent aux médecins d'exercer à la fois dans le système public et dans le système privé. À son avis, « l'invalidation décrétée le 9 juin ne vaut que pour les services [...] qui seraient fournis par des médecins non participants ».

Ce jugement a soulevé de nouveau le débat sur la place du privé dans le système de santé au Québec. Certains y trouvant prétexte pour proposer une ouverture à un système de santé privé parallèle, alors que d'autres s'opposent à toute forme de privatisation.

Le gouvernement du Québec propose une solution mitoyenne soit d'introduire, pour le citoyen, la possibilité de s'assurer dans le secteur privé pour certains services hospitaliers qui pourraient être déterminés par règlement. Ces services seraient limités, pour l'instant, aux chirurgies électives (hanche, genou et cataracte) pour lesquelles il y a une garantie d'accès. Les citoyens pourraient souscrire à une assurance privée pour ces services dispensés par des médecins non participants au régime public. La possibilité de recourir à des assurances privées ne sera pas permise pour des pathologies lourdes, soit les maladies cardiaques et le traitement du cancer, où seul le système public offrira des garanties d'accès.

La réponse du gouvernement à l'arrêt Chaoulli répond à l'interprétation restrictive de M^e Prémont, à savoir, le recours pour les citoyens à des assurances privées pour des services fournis par des médecins non participants et qui plus est, seraient assortis d'une garantie d'accès et d'une prise en charge individualisée. De plus, la couverture d'assurance privée devra couvrir l'ensemble de l'épisode de soins, incluant la réadaptation et le soin à domicile.

Actuellement, le Québec compte moins d'une centaine de médecins non participants alors que le régime public dénombre plus de 15 000 médecins. Cette proposition de recourir à des assurances privées pour ces trois types de chirurgies va-t-elle créer un marché qui va drainer nos ressources médicales et infirmières vers le secteur privé? On peut en douter car la proposition du gouvernement semble vouloir préserver l'étanchéité entre les médecins participants et non participants au régime public et est assortie de garantie d'accès dans des délais médicalement acceptables dans le secteur public. De plus, au Québec, on compte près de 15 % des contribuables ayant un revenu supérieur à 50 000 \$. Les citoyens plus nantis ayant la capacité de se payer des assurances ou de payer leurs chirurgies demeureront en nombre relativement restreint.

En outre, si le système de santé public améliore sa performance, ce en quoi l'OIIQ croit fermement, il est peu probable que le secteur privé se développe à un rythme qui mettra en péril les ressources professionnelles du régime public. Il faut néanmoins rester vigilant car le secteur du bloc opératoire est un des secteurs les plus vulnérables au plan de la main-d'œuvre infirmière. On n'a qu'à se souvenir de la mise à la retraite massive d'infirmières d'expérience au bloc opératoire. Ces infirmières ont une expertise de pointe qui ne s'acquiert pas dans les programmes de formation initiale et qui nécessite un long entraînement. Leur

mise à la retraite sans planification de relève a eu pour conséquence d'allonger certaines listes d'attente.

Par ailleurs, on remarque que le ministre est silencieux sur la situation des médecins radiologistes qui participent à la fois au système public et au système privé. L'étanchéité de la pratique médicale s'applique-t-elle seulement pour les services thérapeutiques et non pour les services diagnostiques? Le ministre entend-il se pencher sur l'accès aux services diagnostiques offerts par les médecins radiologistes dans le réseau public? La proposition d'améliorer l'accès à l'échographie et à la résonance magnétique apparaît timide.

Enfin, le ministre propose de déterminer, par règlement, les services faisant l'objet de garantie d'accès selon des critères proposés dans le document de consultation, les services pour lesquels les citoyens pourraient se prévaloir d'une assurance privée ainsi que les modalités de couverture et le nombre de médecins par spécialité qui pourront se désengager du régime public.

Or, ces décisions sont capitales pour l'avenir du système de santé. Elles mettent en lumière le choix des priorités gouvernementales, orientent les actions de plusieurs acteurs du système de santé et représentent une ouverture au secteur privé, si minime soit-elle, à un domaine qui était jusqu'à présent somme toute public.

Pour l'OIIQ, il est impensable que d'autres services médicaux et hospitaliers bénéficient de garantie d'accès et soient couverts par les assurances privées sans qu'il y ait un débat public d'une part, pour mesurer l'impact des choix qui seront faits actuellement et d'autre part, s'assurer que le choix de ces priorités ne se fait pas au dépend de celles plus sociales qu'il faudrait alors prioriser. C'est

pourquoi l'OIIQ recommande que ces décisions se prennent par voie législative et non réglementaire.

RECOMMANDATION N° 2

En ce qui a trait à la possibilité pour les citoyens de recourir aux assurances privées pour des services spécialisés, l'OIIQ recommande :

- que la décision des services médicaux et hospitaliers bénéficiant d'une garantie d'accès et couverts par une assurance privée soit prise par voie législative plutôt que par voie réglementaire.

2.2. Le mécanisme pour garantir l'accès aux services

Le gouvernement propose un mécanisme pour garantir l'accès aux services médicaux spécialisés en spécifiant que le système de santé du Québec franchit une nouvelle étape dans la prestation des services. L'OIIQ félicite le ministre pour cette offre de garantie de services et estime que cette mesure novatrice va devoir bien se déployer et mérite qu'on y accorde la plus grande attention.

La proposition gouvernementale met en effet de l'avant pour les citoyens du Québec une offre de garantie d'accès à l'intérieur du système public aux services spécialisés dans des délais jugés raisonnables par les cliniciens. Les services visés sont la radio-oncologie, les soins cardiaques avancés, la chirurgie pour les cancers et les chirurgies électives de la hanche, du genou et de la cataracte et ils feront l'objet d'une prise en charge personnalisée.

En ce qui a trait à la cardiologie tertiaire et à la radio-oncologie, les mécanismes sont déjà en place, basés sur des délais d'attente cliniquement reconnus et les listes d'attente normalisées sont gérées par un système de gestion de l'accès aux services. De plus, les corridors de services fonctionnent pour permettre le transfert des patients si requis. Les délais médicalement acceptables pour chaque type de cancer restent à définir par le gouvernement en concertation avec les médecins.

Pour les chirurgies électives, la garantie d'accès aux services s'applique à partir de l'inscription sur la liste d'attente. Un système d'information intégré devra être mis en place pour gérer, de façon standardisée, les demandes de services et la liste d'attente normalisée. Les délais d'attente ont été fixés pour les chirurgies de la hanche, du genou et de la cataracte.

Le client qui n'aura pas été traité à l'intérieur du délai prescrit, soit trois mois, pourra être opéré dans un autre établissement de sa région, dans une autre région ou dans une clinique spécialisée affiliée. Au-delà de neuf mois d'attente, la personne pourra se faire opérer dans une clinique privée ou à l'extérieur du Québec, aux frais de l'État.

Ce plan d'amélioration de l'accès aux services visant à réduire les délais d'attente est intéressant, particulièrement les mesures pour gérer les listes d'attente. Par contre, les délais d'attente commencent seulement au moment de l'inscription sur la liste. Les délais pour l'obtention d'examens diagnostiques et ceux pour la consultation auprès du médecin spécialiste ne sont pas pris en compte. Il y aurait donc lieu de les monitorer de façon à identifier la nature de ces délais en vue d'apporter les correctifs appropriés.

De plus, dans une optique de continuum de soins, il est clair que les délais pour obtenir des services de réadaptation et de soutien à domicile après une chirurgie ont été ignorés. Le sous-financement de ces services est une cause des délais prolongés d'hospitalisation et, inévitablement, des listes plus longues de patients en attente de chirurgie. Les délais pour l'accès aux services de réadaptation et de soutien à domicile devront également être monitorés de façon à allouer les ressources budgétaires en conséquence.

Dernièrement, le gouvernement a accordé des enveloppes budgétaires pour des interventions ciblées afin de diminuer les listes d'attente dont les chirurgies pour la cataracte et les prothèses de hanche et de genou. Par contre, aucune cible n'est identifiée pour les durées moyennes de séjour et, tel que mentionné précédemment, le manque de services de réadaptation et de soutien à domicile retarde le congé des clientèles. À notre avis, des cibles précises devront être déterminées pour la durée moyenne de séjour de certaines chirurgies visées par les garanties d'accès et des budgets prévus pour les services de réadaptation et de soutien à domicile afin que les établissements soient en mesure d'évaluer leur performance, de mesurer les écarts et d'apporter les correctifs si requis.

Par ailleurs, le plan d'amélioration de l'accès aux services suppose une révision de l'organisation des services opératoires pour répondre aux garanties d'accès. Le réseau public sera-t-il en mesure de réviser ses pratiques? La gestion de la distribution du temps opératoire par spécialité demeure un enjeu majeur. Ne devrait-il pas y avoir un cadre normatif pour garantir la distribution optimale du temps opératoire en fonction de critères établis, en vue de répondre aux garanties d'accès, aux urgences médicales, et ce, sans pénaliser l'accès des citoyens à d'autres chirurgies? Y aura-t-il lieu d'augmenter le temps opératoire, et incidemment le budget, avant de recourir aux cliniques spécialisées affiliées et aux cliniques privées, qui ne sont des solutions applicables qu'en zone urbaine?

Le Québec a été la première province au Canada à innover, en 2000, en introduisant les infirmières premières assistantes en chirurgie. Or, cette initiative prometteuse n'a pas été accompagnée d'un plan de déploiement par le MSSS ou d'incitatifs auprès des centres hospitaliers qui se demandent encore si ce n'est pas trop cher payé. Selon le Regroupement des infirmières premières assistantes en chirurgie (RIPAC), elles étaient 46 sur un total de 80 graduées qui n'avaient pas de poste en 2005. Actuellement, 30 infirmières sont en formation. Ces infirmières peuvent facilement effectuer l'assistance chirurgicale pour les prothèses de la hanche et du genou. On évite ainsi de recourir à un deuxième orthopédiste.

L'OIIQ profite de cette commission parlementaire pour interpeller le gouvernement sur cette question. La réorganisation du bloc opératoire ne peut se faire sans compter sur ces infirmières si on veut améliorer l'efficacité du système de santé.

Enfin, depuis plusieurs années, les chirurgiens orthopédiques réclament une équipe multidisciplinaire pour améliorer l'accès et la prise en charge de la population souffrant de troubles musculo-squelettiques. Des infirmières pivots (infirmières cliniciennes), présentes dans quelques établissements, assurent déjà l'évaluation et le suivi de ces patients, en plus d'assurer la liaison avec les membres de l'équipe multidisciplinaire et les ressources du réseau. À notre avis, chaque établissement devra s'assurer de disposer de cette équipe multidisciplinaire à partir d'une planification provinciale et du modèle proposé par l'Association d'orthopédie du Québec en vue de garantir, non seulement l'accès au service, mais également une utilisation maximale des compétences dans une optique d'intégration des soins à une clientèle atteinte de troubles musculo-squelettiques.

RECOMMANDATION N° 3

Pour optimiser ce plan d'amélioration de l'accès aux services dans le but de réduire les délais d'attente, l'OIIQ recommande :

- de monitorer les délais pour l'accès au plateau technique, ceux pour la consultation auprès du médecin spécialiste ainsi que les délais pour l'accès aux services de réadaptation et de soutien à domicile;
- de déterminer des cibles pour la durée moyenne de séjour de certaines chirurgies visées par les garanties d'accès et prévoir les ressources financières pour les services de réadaptation et de soutien à domicile;
- d'élaborer un cadre normatif pour la gestion du bloc opératoire à l'instar de celui sur les urgences;
- d'utiliser les infirmières premières assistantes en chirurgie déjà formées en créant des postes et de planifier une relève compétente;
- de soutenir la création d'équipes multidisciplinaires en soins musculo-squelettiques avec, au minimum, des infirmières cliniciennes dans chaque établissement où le plan d'action le requiert.

2.3. Les cliniques spécialisées affiliées

Dans le cadre de sa proposition d'amélioration d'accès aux services médicaux spécialisés, le gouvernement introduit un nouveau partenaire dans l'offre de service : les cliniques spécialisées affiliées. Cette idée origine d'une recommandation de la Commission Clair en 2000.

Ces cliniques spécialisées seraient construites, équipées et gérées par des partenaires privés et affiliées à des centres hospitaliers. Les cliniques fourniraient des services assurés dans le cadre d'entente avec un ou des centres hospitaliers. Les services seraient sans frais pour la clientèle. Ils seraient remboursés par les établissements en fonction des coûts standards prévus à l'entente, incluant les frais d'utilisation de l'équipement. Le statut de clinique spécialisée affiliée serait octroyé en fonction d'une grille d'admissibilité et la clinique devrait détenir un permis pour les activités chirurgicales ciblées par l'entente. Les services offerts par les cliniques spécialisées affiliées pourraient comprendre des examens diagnostiques et des chirurgies mineures et seraient prodigués par des médecins participant au régime public.

Selon notre compréhension, le gouvernement propose ni plus ni moins que l'impartition de certains services médicaux dans des cliniques spécialisées affiliées. Dans ces cliniques, le financement des services aux citoyens serait public alors que la prestation de services serait privée. Cette formule en soi ne constitue vraiment pas un précédent puisque les cliniques médicales privées fonctionnent déjà sur ce modèle. C'est l'affiliation contractuelle qui s'avère être la nouveauté.

Il y a lieu de s'interroger sur les motifs d'introduire ces cliniques spécialisées affiliées alors que le réseau public de santé a, en principe, l'infrastructure et l'expertise pour répondre à ces garanties d'accès. Le gouvernement désire éviter les investissements requis pour la construction de ces cliniques et l'équipement? Poursuit-il des objectifs de baisse de prix de revient par chirurgie? Veut-il diminuer les coûts afférents? Aura-t-il le budget nécessaire pour rencontrer les objectifs visés par la diminution des listes d'attente? Les cliniques spécialisées affiliées devront dégager une marge de profit, à quel pourcentage? Dans la mesure où les médecins seront propriétaires de ces cliniques, ne devraient-elles

pas être sans but lucratif de façon à éviter les conséquences négatives engendrées par la recherche du profit financé à même les fonds publics?

Les tenants des cliniques spécialisées affiliées invoquent le fait que de petites structures privées puissent plus facilement innover et être efficaces pour répondre aux garanties d'accès proposées par le ministre, d'autant plus que certaines de ces garanties d'accès visent des chirurgies mineures à haut volume qui ne seront pas déplacées par des chirurgies urgentes. Le gain d'efficience est assuré, d'autant qu'un élément de compétition est introduit dans l'offre de service. En contrepartie, le réseau public de santé, qui a la responsabilité d'offrir une gamme complète de services hospitaliers médicalement requis, maintiendrait son expertise et concentrerait ses activités sur celles nécessitant un plateau technique complexe, des services d'hospitalisation et une expertise multidisciplinaire de pointe.

À vrai dire, rien n'empêche actuellement le réseau public de se réorganiser et d'être plus efficace dans l'offre de chirurgies mineures. Pourquoi ne le fait-il pas davantage? Le plan d'amélioration de l'accès aux services est d'ailleurs une proposition qui va en ce sens. Toutefois, si des cliniques spécialisées affiliées sont retenues comme mesure complémentaire à l'offre publique de services, l'OIIQ a des préoccupations au regard du drainage des ressources infirmières vers ces cliniques et de la qualité des services.

Selon les statistiques de l'OIIQ présentées aux tableaux 1 et 2, 2 538 infirmières déclarent exercer en soins périopératoires représentant 3,9 % du membership. Ce nombre est en progression depuis 1995-1996 où en en dénombrait 1 670 à l'époque. L'âge moyen de ces infirmières en 2005 est de 46,3 ans comparativement à 43,3 ans pour l'ensemble des infirmières en emploi.

TABLEAU 1

Évolution du nombre d'infirmières déclarant exercer en soins périopératoires

Année	N ^{bre}	% de l'effectif en emploi
1995-1996	1 670	2,6%
1996-1997	1 818	2,9%
1997-1998	1 964	3,3%
1998-1999	1 948	3,3%
1999-2000	2 093	3,4%
2000-2001	2 223	3,6%
2001-2002	2 320	3,7%
2002-2003	2 387	3,8%
2003-2004	2 410	3,7%
2004-2005	2 538	3,9%

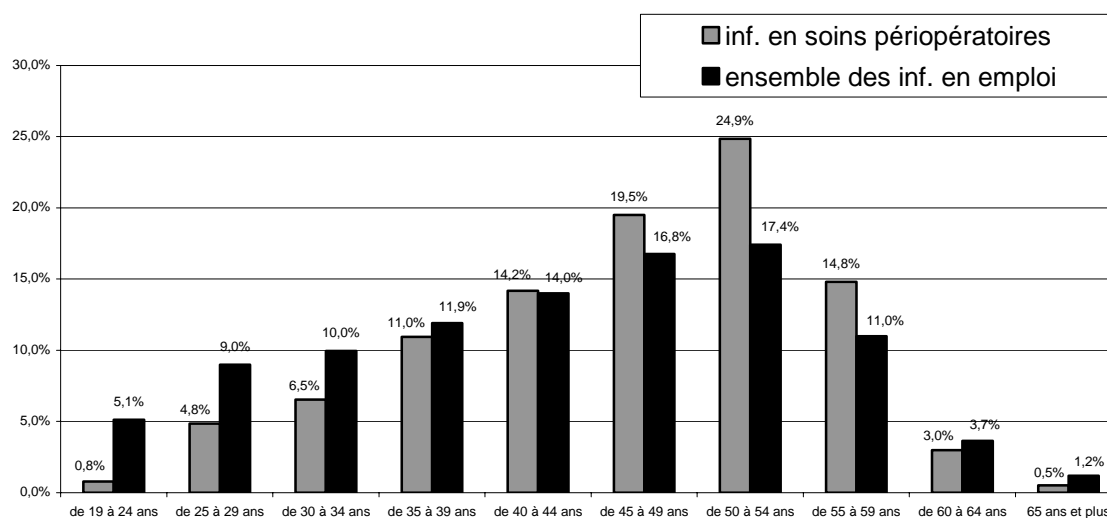
TABLEAU 2

Nombre et pourcentage d'infirmières déclarant exercer en soins périopératoires selon la classe d'âge, et comparaison avec l'ensemble des infirmières en emploi, au 31 mars 2005 (empl. principal)

groupe d'âge	inf. en soins périopératoires		ensemble des inf. en emploi	
	N ^{bre}	%	N ^{bre}	%
de 19 à 24 ans	20	0,8%	3 330	5,1%
de 25 à 29 ans	123	4,8%	5 843	9,0%
de 30 à 34 ans	166	6,5%	6 461	10,0%
de 35 à 39 ans	278	11,0%	7 728	11,9%
de 40 à 44 ans	360	14,2%	9 092	14,0%
de 45 à 49 ans	495	19,5%	10 886	16,8%
de 50 à 54 ans	631	24,9%	11 302	17,4%
de 55 à 59 ans	376	14,8%	7 140	11,0%
de 60 à 64 ans	76	3,0%	2 370	3,7%
65 ans et plus	13	0,5%	774	1,2%
Total	2 538	100,0%	64 926	100,0%
âge moyen	46,3		43,3	

Le tableau 3 est assez évocateur du pourcentage d'infirmières en soins périopératoires qui ont plus de 50 ans dans le moment, soit 43,2 %. À notre avis, sans planification de relève, dans moins de 10 ans, c'est pratiquement plus de 40 % de la main-d'œuvre infirmière qu'il faudra remplacer.

TABLEAU 3
Pourcentage des infirmières en soins périopératoires selon la classe d'âge, et ensemble des infirmières en emploi au Québec, 31 mars 2005



Au Québec, la majorité des infirmières travaille dans le secteur public. Par contre, on dénombre plus de 5 000 d'entre elles qui offrent leurs services dans le secteur privé, soit de façon autonome ou pour le compte d'entreprises privées telles les cliniques médicales et les industries et aussi pour le compte d'hôpitaux via des agences de soins privés.

On peut par ailleurs appréhender que les cliniques spécialisées affiliées puissent être attrayantes pour les infirmières de bloc opératoire. L'ouverture des cliniques risque de venir accentuer le phénomène de la pénurie d'effectifs du secteur public en drainant les ressources infirmières. L'OIIQ propose la formule de prêt de services d'infirmières, inspirée de celle des GMF, car elle permettrait de retenir les ressources infirmières pour des services ciblés par le gouvernement tout en assurant une garantie de qualité de service.

Au plan de la qualité des services, rien n'est spécifié dans le document de consultation sur les critères d'admissibilité de ces cliniques en lien avec la composition de l'équipe de soins infirmiers, les qualifications des infirmières y œuvrant, les ratios infirmière/patients, le lien d'emploi des infirmières avec le réseau public, les éléments de surveillance d'indicateurs de la qualité et de la sécurité des soins tels que les infections nosocomiales, le taux de complications, le taux de réadmission, le taux de retour à l'urgence, etc.

Qui sera responsable du suivi des clientèles et de la liaison avec les autres ressources du réseau? Les gestionnaires de ces cliniques ne seront-ils pas tentés de niveler à la baisse la qualification des ressources et de recourir, par exemple, à des instrumentistes, qui n'ont aucune qualification professionnelle, mais qui pourraient strictement avoir une formation en cours d'emploi, dans le but de soutenir le chirurgien? Comment peut-on être certains que les citoyens n'auront aucuns frais à assumer alors qu'actuellement, dans certaines cliniques privées, les citoyens doivent payer pour des médicaments et des fournitures alors que la rémunération du médecin spécialiste est garantie par la Régie de l'assurance maladie du Québec?

L'OIIQ est grandement préoccupé par ces questions car la recherche d'une marge de profit risque de se faire au détriment de la protection du public. L'accès à ces cliniques peut être acceptable dans la mesure où l'État peut garantir la même qualité de services que dans le secteur public et que le citoyen a l'assurance de n'avoir rien à déboursier.

Les infirmières seront-elles rattachées à un établissement de santé, à l'instar des GMF, répondront-elles de leur pratique à la directrice des soins infirmiers, participeront-elles au Conseil des infirmières et infirmiers de l'hôpital? Actuellement, le règlement habilitant les infirmières à effectuer de l'assistance

opérateur ne s'applique que pour les établissements du réseau public. Devra-t-il être modifié pour tenir compte de ces nouvelles réalités?

Les médecins seront-ils rattachés à un département clinique hospitalier, répondront-ils de leur pratique au chef de service, participeront-ils au Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'hôpital tel que le proposait la Commission Clair? Les normes de pratique seront-elles maintenues? Les professionnels seront-ils soutenus sur le plan de la formation continue? Les cliniques feront-elles l'objet de visite d'agrément?

Le réseau des résidences privées au Québec fait l'objet aujourd'hui d'un processus de certification selon des critères sociosanitaires obligatoires selon un règlement à adopter incessamment. Cette certification a été rendue nécessaire pour assurer la qualité des services. Le ministre a également mis sur pied des visites d'appréciation de la qualité des services dans les milieux de vie substitués à la suite de scandales dans les médias. Depuis plusieurs années, l'OIIQ dénonçait ces situations sans écho auprès du MSSS et des agences. À notre avis, le gouvernement ne pourra faire fi de mécanismes de contrôle de la qualité des services au sein de ces cliniques et devra les établir avant même leur création pour dissiper toute crainte en cette matière.

RECOMMANDATION N° 4

Dans le contexte où le renouvellement des effectifs infirmiers, particulièrement en soins périopératoires, est crucial pour la poursuite des objectifs visés en terme de garantie d'accès aux services chirurgicaux et si les cliniques spécialisées affiliées sont retenues comme mesure complémentaire à l'offre de services spécialisés, l'OIIQ recommande :

- que les cliniques spécialisées affiliées soient des organismes à but non lucratif;
- qu'une gestion prévisionnelle des effectifs infirmiers en soins périopératoires et des budgets afférents soient assurés de façon à éviter les points de rupture lors des départs à la retraite;
- que les infirmières des cliniques spécialisées affiliées maintiennent un lien d'emploi avec le réseau public et qu'elles y soient affectées en vertu d'un prêt de services;
- qu'il y ait des critères d'admissibilité des cliniques spécialisées affiliées en matière de composition de l'équipe de soins infirmiers, de qualification des infirmières, etc.;
- que ces cliniques fassent l'objet de visite d'appréciation de la qualité des soins de la part du MSSS ou du Conseil québécois d'agrément;
- que le règlement habilitant les infirmières premières assistantes soit révisé pour tenir compte des nouvelles réalités.

3. Le financement du système de santé et de services sociaux

Au total, les dépenses de santé représentent des dépenses annuelles de 20,9 milliards de dollars au cours de l'année 2005-2006, soit 43 % des dépenses de programmes du gouvernement comparativement à 32 % il y a 20 ans. Les impôts financent 60 % des dépenses, la contribution aux Fonds des services de santé 25 %, et les transferts canadiens pour la santé 15 %.

Les dépenses publiques de santé représentent 10,2 % du PIB, la moyenne canadienne étant de 10,1 %. Le Canada, dont le Québec, est parmi les États dont les dépenses en sont les plus élevées en proportion du PIB.

De plus, le Québec est la province la plus endettée et les Québécois ont un fardeau fiscal le plus lourd au Canada (37,9 % du PIB au Québec, 33,9 % au Canada).

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. La croissance des dépenses en santé est estimée à 5,1 % par an. Alors que celle des revenus budgétaires est de 3,5 % par année. Cet écart grandissant amène le gouvernement à se pencher sur la question du financement à long terme de nos services dans une perspective d'équité entre les générations. L'OIIQ partage grandement cette préoccupation et croit que la recherche de sources de financement s'avère cruciale pour le maintien du système de santé public du Québec.

En ce qui a trait au rehaussement des paiements de transfert provenant du gouvernement canadien, 25 % des dépenses des provinces en santé proviendraient de cette source en 2005-2006. En 1971, les transferts fédéraux couvraient 38 % des dépenses publiques de santé des provinces alors qu'en 1998-1999, ils ont atteint leur niveau le plus bas, soit moins de 10 %. On se rappellera qu'à l'origine l'entente prévoyait un partage des dépenses admissibles des hôpitaux et de médecins de 50 % entre les deux paliers de gouvernement. L'OIIQ estime que les démarches doivent être poursuivies par le gouvernement du Québec auprès du gouvernement fédéral pour augmenter le pourcentage des paiements de transfert tout en s'assurant de préserver les compétences provinciales dans le domaine.

En ce qui a trait à la mise sur pied d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie, cette proposition mérite que le gouvernement l'analyse en profondeur. Personne n'est dupe, des écarts importants existent entre les soins requis et ceux dispensés aux personnes en perte d'autonomie. En d'autres termes, la *Loi canadienne sur la santé* garantit les services médicaux et hospitaliers. À cause du virage ambulatoire, le gouvernement a mis sur pied un régime d'assurance médicaments. Les soins à domicile et les services d'hébergement ne sont pas assurés et l'État finance seulement une partie des dépenses.

Les services liés à la dépendance lors d'une perte d'autonomie ne sont donc pas un droit acquis visé par la solidarité collective. Pourquoi les services médicaux et hospitaliers seraient-ils moralement et socialement plus importants que les services visant à préserver la dignité de la personne humaine lorsque celle-ci ne peut se nourrir, se laver, éliminer ou se déplacer? Pour l'OIIQ, les services aux personnes en perte d'autonomie ne doivent pas être laissés pour compte. D'autant plus que le plan d'action 2005-2010 du gouvernement pour les services aux aînés en perte d'autonomie réitère l'importance du maintien à domicile comme premier choix à offrir aux citoyens.

La société doit établir un équilibre entre les services préventifs, les services médicaux et hospitaliers et les services aux personnes en perte d'autonomie. C'est une responsabilité collective. Cette proposition d'un régime d'assurance ciblé pour les personnes en perte d'autonomie doit prioritairement être à l'ordre du jour du gouvernement dans un souci de transparence et d'équité intergénérationnelle. L'OIIQ donne son accord de principe à l'implantation d'un tel régime qui devra être assorti d'un débat sur les conditions de sa mise en place.

RECOMMANDATION N° 5

Sur le plan du financement du système de santé et de services sociaux, l'OIIQ donne son accord de principe à l'implantation d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie et recommande :

- que le gouvernement dépose un projet sur les conditions de sa mise en place pour fins de consultation.

RECOMMANDATIONS

1. Afin d'augmenter l'accès à un médecin de famille pour la population, l'OIIQ recommande :
 - la poursuite du développement des GMF et des cliniques-réseau;
 - une augmentation du nombre d'infirmières cliniciennes dans les GMF;
 - une planification et un financement réservé et récurrent des effectifs d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne, des programmes de formation et des programmes d'intéressement.

2. En ce qui a trait à la possibilité pour les citoyens de recourir aux assurances privées pour des services spécialisés, l'OIIQ recommande :
 - que la décision des services médicaux et hospitaliers bénéficiant d'une garantie d'accès et couverts par une assurance privée soit prise par voie législative plutôt que par voie réglementaire.

3. Pour optimiser ce plan d'amélioration de l'accès aux services dans le but de réduire les délais d'attente, l'OIIQ recommande :
 - de monitorer les délais pour l'accès au plateau technique, ceux pour la consultation auprès du médecin spécialiste ainsi que les délais pour l'accès aux services de réadaptation et de soutien à domicile;
 - de déterminer des cibles pour la durée moyenne de séjour de certaines chirurgies visées par les garanties d'accès et prévoir les ressources financières pour les services de réadaptation et de soutien à domicile;
 - d'élaborer un cadre normatif pour la gestion du bloc opératoire à l'instar de celui sur les urgences;
 - d'utiliser les infirmières premières assistantes en chirurgie déjà formées en créant des postes et de planifier une relève compétente;

- de soutenir la création d'équipes multidisciplinaires en soins musculo-squelettiques avec, au minimum, des infirmières cliniciennes dans chaque établissement où le plan d'action le requiert.
4. Dans le contexte où le renouvellement des effectifs infirmiers, particulièrement en soins périopératoires, est crucial pour la poursuite des objectifs visés en terme de garantie d'accès aux services chirurgicaux et si les cliniques spécialisées affiliées sont retenues comme mesure complémentaire à l'offre de services spécialisés, l'OIIQ recommande :
- que les cliniques spécialisées affiliées soient des organismes à but non lucratif;
 - qu'une gestion prévisionnelle des effectifs infirmiers en soins périopératoires et des budgets afférents soient assurés de façon à éviter les points de rupture lors des départs à la retraite;
 - que les infirmières des cliniques spécialisées affiliées maintiennent un lien d'emploi avec le réseau public et qu'elles y soient affectées en vertu d'un prêt de services;
 - qu'il y ait des critères d'admissibilité des cliniques spécialisées affiliées en matière de composition de l'équipe de soins infirmiers, de qualification des infirmières, etc.;
 - que ces cliniques fassent l'objet de visite d'appréciation de la qualité des soins de la part du MSSS ou du Conseil québécois d'agrément;
 - que le règlement habilitant les infirmières premières assistantes soit révisé pour tenir compte des nouvelles réalités.
5. Sur le plan du financement du système de santé et de services sociaux, l'OIIQ donne son accord de principe à l'implantation d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie et recommande :
- que le gouvernement dépose un projet sur les conditions de sa mise en place pour fins de consultation.

LEXIQUE

Infirmière ou infirmier*

Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins bio-psycho-sociaux d'usagers ou de groupes de personnes qui lui sont confiés. Elle évalue l'état de santé de l'usager, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie.

Elle planifie, dispense et évalue l'enseignement aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes. De plus, elle participe à la recherche visant la promotion de la santé et la prévention de la maladie.

Doit détenir son permis d'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

* *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux, version administrative, 16 décembre 2005.*

Infirmière clinicienne ou infirmier clinicien*

Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins bio-psycho-sociaux ou de groupes de personnes qui lui sont confiés. Elle évalue l'état de santé de l'usager, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers des usagers présentant des problèmes de santé complexes et/ou des dimensions bio-psycho-sociales variées. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie.

Elle conçoit, applique et évalue les programmes de soins requérant des connaissances avancées, visant des problèmes de santé complexes et/ou comportant des dimensions bio-psycho-sociales variées. Cette personne participe au développement ou adapte des outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins, elle coordonne le travail d'équipe et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire.

Elle identifie, pour les usagers, les besoins et interventions nécessitant une coordination de services dans l'établissement et entre différents établissements ou organismes du milieu. Elle assure, le cas échéant, la coordination de ces services.

Elle assure l'orientation du nouveau personnel et participe à la formation des stagiaires. Elle supervise l'enseignement fait aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes dans les programmes spécifiques et collabore à la recherche.

Doit détenir un baccalauréat en sciences infirmières ou un baccalauréat comportant trois certificats admissibles dont au moins deux certificats reconnus en soins infirmiers et un permis d'exercice de l'OIIQ.

* *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux, version administrative, 16 décembre 2005.*

Infirmière praticienne spécialisée ou infirmier praticien spécialisé*

Personne qui est responsable de soins infirmiers et d'activités professionnelles médicales auprès des usagers dans un domaine de spécialité visant des problèmes de santé complexes et ce, conformément à la législation en vigueur. Elle coordonne avec le médecin traitant afin d'identifier les problèmes de santé et d'établir les priorités de soins et de traitements. Elle contribue au suivi des usagers préalablement diagnostiqués, en étroite collaboration avec le médecin traitant. Elle apporte un soutien clinique aux infirmières et aux autres professionnels.

Elle contribue à la conception, l'application et l'évaluation des programmes se rapportant à sa spécialité. Elle participe au développement et à l'implantation des programmes d'enseignement aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes.

Elle participe à l'élaboration et à l'évaluation des règles de soins médicaux et infirmiers et collabore au développement des programmes de formation pour le personnel infirmier.

Elle réalise ou collabore à la recherche en soins infirmiers et collabore à la recherche clinique médicale.

Doit détenir un diplôme de deuxième cycle donnant ouverture au certificat de spécialiste de l'OIIQ, les attestations de formation prescrites par la réglementation ainsi qu'un certificat de spécialiste de l'OIIQ.

* *Nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux, version administrative, 16 décembre 2005.*

